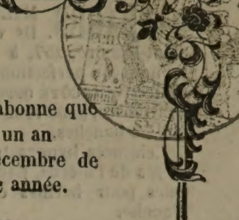
2e Année. — No 13. 1er Juin 1851.



Ce Journal paraît deux fois par mois, le 1er et le 15.

Les lettres non affranchies sont refusées.

6 FRANCS PAR AN

POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

7 fr. 50 c. pour l'Étranger sans échange postal.

On ne s'abonne que pour un an du 1er décembre de chaque année.

REVUE CLINIQUE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

JOURNAL DES MÉDECINS PRATICIENS

PUBLIÉ SOUS LES AUSPICES ET AVEC LE CONCOURS

DES PRINCIPAUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

BUREAU D'ABONNEMENT, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38.

L'Administration ne pouvant faire traite sur les souscripteurs, il est indispensable que le prix d'abonnement soit adressé *franco* au directeur de la *Revue Clinique*.

Le meilleur mode d'abonnement, c'est la poste. — Les frais d'un mandat de poste de 6 fr. sont de 12 centimes seulement.

L'année 1850 (première année de ce Recueil) contient un grand nombre de documents de *Médecine*, de *Chirurgie*, d'*Obstétrique*, de *Thérapeutique*, d'*Hygiène*, de *Médecine légale*, de *Chimie* et de *Pharmacie*, ainsi que les travaux importants des *Académies de Médecine* et des *Sciences;* il forme un beau volume grand in-4° broché, et ne se vend que 4 fr.—Nous engageons vivement nos nouveaux abonnés à faire l'acquisition de ce volume qui forme la tête d'une collection que chaque jour rendra plus importante.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique de la colique de plomb, par le docteur BRACHET (de Lyon). — 1 vol. in-8°. — Prix : 5 fr.

Dans ce livre, l'auteur s'est proposé, se conformant au programme mis au concours par une société de médecine, l'examen des trois questions suivantes : Exposer, d'après l'état actuel de la science : 1° la nature et le véritable siége de la maladie connue sous le nom de colique saturnine; 2° les signes qui peuvent la faire distinguer des affections abdominales qui ont avec elle quelque ressemblance; 3° les indications curatives qu'elle présente, et la médication rationnelle pour les remplir. Toute l'histoire de la colique de plomb est renfermée dans ces trois questions, et l'auteur a pensé que les éclaircir c'était rendre un grand service à l'humanité. Aussi a-t-il admis les trois divisions indiquées.

Celle sur laquelle il a dû le plus insister, c'est la division consacrée à la thérapeutique. Il y a étudié tous les agents médicateurs anciens ou nouveaux, au point de vue historique d'abord, puis au point de vue de leurs effets. Il pense qu'aucune médication ne doit être rejetée, que toutes méritent d'être conservées, parce qu'elles peuvent trouver pour leur application le moment préférable. Mais, à son avis, il est un agent thérapeutique qui prime tous les autres et remplit le mieux toutes les indications, c'est le sulfate acide d'alumine, dont les bons effets sont démontrés par plus de cent cinquante faits recueillis pendant dix ans. Il guérit promptement, puisqu'il guérit dans les deux ou trois premiers jours. Il guérit sûrement, puisqu'il évite les rechutes et les accidents consécutifs. Enfin il guérit agréablement, si on le compare au dégoût procuré par les purgatifs, et notamment par le traitement de la Charité et le croton tiglium.

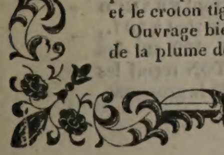
Ouvrage bien pensé, éminemment pratique, comme tout ce qui sort de la plume de M. Brachet.

Guide médical du baigneur à la mer, par le docteur EDOUARD AUBER. — 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50.

Le but de l'auteur en écrivant cette instruction pour les familles, a été de faire connaître en termes rapides les propriétés essentielles de l'eau de mer, tour à tour employée sous toutes les formes, mais repoussée avec dédain, délaissée complétement, et enfin reprise dans ces derniers temps par les Anglais, les Italiens et les Allemands. Il essaie de prouver que les bains de mer ne sauraient convenir à tous les tempéraments, à toutes les natures, à tous les individus, et qu'alors même qu'ils sont ordonnés par un médecin, ils exigent encore de la part de ceux qui en font usage une certaine initiation et de grandes précautions. Aussi s'efforce-t-il de tracer des règles propres à faire éviter une foule d'accidents souvent très-graves, que l'ignorance ou l'imprudence font naître à chaque instant pendant la saison des bains. Enfin il a voulu mettre entre les mains de tous un manuel commode, indiquant à chacun la manière d'agir et de se conduire hygiéniquement et médicalement aux bains de mer.

Le Guide médical aux bains de mer est divisé en dix chapitres, qui résument tout ce qu'il faut savoir pour aborder avec succès l'usage des bains de mer, dans les différentes circonstances où peuvent se trouver les malades.

Ce guide sera utile à ceux qui veulent, par goût ou par nécessité, prendre des bains de mer. Il ne dispense pas des conseils du médecin ; il les commente une fois donnés, quant à l'application, ou prépare à les comprendre.



BANDAGES. MM. WICKHAM et HART, Dr chirurg. herniaires, rue Saint-Honoré, 257, à Paris, viennent d'ajouter un nouveau perfectionnement aux Bandages herniaires, dit CÔTÉ OPPOSÉ, à vis de pression et à charnières, sans sous-cuisses, et ne comprimant pas les hanches.

Ceintures hypogastriques contre les déplacements de l'utérus, Bandages et Ceintures ombilicales pour hernies ombilicales et de la ligne blanche.

Nouveaux Bandages compressifs contre la spermatorrhée.

On fait les envois en province dans les vingt-quatre heures qui suivent la demande.

LES DARTRES, TEIGNES et Maladies de la peau disparaissent en peu de temps sous l'influence de la POMMADE VÉGÉTALE, expérimentée par les meilleurs médecins. — Elle se trouve chez REUFLET, pharmacien, rue de Jouy, 1, à Paris. — 5 fr. et 3 fr. le pot.

MÉDAILLE D'OR DU GOUVERN. BELGE.
MÉDAILLE DE VERMEIL DU GOUVERN. DES PAYS-BAS.

La véritable **HUILE de FOIE de MORUE** de M. de JONGH, médecin-docteur, se trouve chez M. MÉNIER, rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, 46, dépositaire général, et dans toutes les bonnes pharmacies de Paris et de la France.

BAINS D'ENGHIEN. Ouverture le 1er mai 1851. Les eaux sulfureuses d'Enghien opèrent journellement des cures remarquables.

L'établissement est situé dans un pays sain et agréable. Sa proximité de Paris et les départs si fréquents du chemin de fer du Nord procurent aux malades l'avantage si précieux de continuer d'y recevoir les soins de MM. leurs médecins, à qui un cabinet de consultation est exclusivement réservé.

Dépôt de ces eaux dans toutes les pharmacies.

CHANGEMENT DE DOMICILE.

Le sirop pectoral calmant de Johnson, préparé avec l'asperge, d'après la formule du professeur Broussais, le seul qui ait été employé dans les expériences de la commission de l'Académie de Médecine, se vend actuellement rue Caumartin, 6, à Paris.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 2 avril 1833, Broussais déclara formellement que ce sirop avait été préparé, d'après sa formule, par Johnson, pharmacien ; et dans les ANNALES DE MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, il écrivit : « *Ce sirop, préparé chez M. Johnson, pharm., jouit, d'après notre observation particulière, de la propriété de ralentir les pulsations du cœur sans irriter l'estomac.* »

Les observations qui se sont continuées à la Pitié, à la Charité, à Beaujon, à Saint-Louis, ont démontré que l'accélération, l'augmentation, la force des battements du cœur, non liées à une hypertrophie de cet organe ont été souvent calmées par 2 à 4 onces de ce sirop prises dans les 24 heures.

Un grand nombre de faits attestent les avantages qu'il a procurés, à la même dose, dans le traitement des affections nerveuses, ainsi que les toux opiniâtres, les bronchites, les coqueluches, qui avaient résisté à tous les moyens préconisés. Il est donc important de ne pas confondre le sirop Johnson avec les contrefaçons.

Sirop LAROZE d'écorces d'oranges.

TONIQUE ANTI-NERVEUX

Son action tonique et stomachique dans les affections attribuées à l'atonie de l'estomac et du canal alimentaire, le rend précieux pour le traitement des maladies nerveuses de l'estomac et des intestins, dont il harmonise les fonctions. La promptitude avec laquelle il facilite et rétablit la digestion, calme les troubles nerveux, vagues ou intermittents, les aigreurs, coliques d'estomac ou d'entrailles, le rend supérieur au Quinquina, ou Columbo, à la Rhubarbe, à l'Oxyde blanc de bismuth. La substance oléo-résineuse qui lui communique sa propriété légèrement laxative, en fait un remède des plus sûrs contre la constipation. — Exiger les cachet et signature de J.-P. LAROZE, pharmacien, rue Nc-des-Pet.-Champs, 26, à Paris. — Dépôt chez tous les pharmaciens de la France et de l'étranger.

L'administration de la *Revue clinique* rappelle à ses abonnés qu'elle s'est attaché une personne spécialement chargée de faire des achats de livres, instruments ou médicaments. Non-seulement ces achats sont faits sans rétribution, mais les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

VINAIGRE de TOILETTE
JEAN VINCENT BULLY

Ce VINAIGRE, le type des VINAIGRES DE TOILETTE, n'a plus à lutter contre l'Eau de Cologne, qui a fait son temps et est décidément passée de mode.

Le public a reconnu la supériorité de son parfum et la réalité de ses propriétés pour rafraîchir, tonifier, adoucir et embellir la peau, pour les bains, pour les soins délicats de la toilette des dames. C'est un anti-méphitique puissant qui corrige le mauvais air et préserve de la contagion, etc., etc.

Il n'a plus à se défendre que contre les imitations, similitudes de formes et contrefaçons qui surgissent de toutes parts.

Il conviendra donc de rappeler au public que les mots VINAIGRE AROMATIQUE DE JEAN-VINCENT BULLY doivent être incrustés sur le flacon, et que le cachet et l'étiquette doivent porter la signature ci-contre :

1 fr. 50 c. le flacon.

RUE SAINT-HONORÉ, 259, PARIS.

TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE

DE BICHAT,

Augmenté et annoté par MM. Gerdy, professeur à la Faculté de Médecine; Huguier et Lenoir, prosecteurs à la même Faculté; Malle, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg; Serres, membre de l'Institut. 2 vol. in-8 à 2 colon. de 888 pag. formant la matière de 5 volumes ordinaires de médecine. A Paris, chez PLON frères, libraires, rue de Vaugirard, 36.

MAISON DE SANTÉ spécialement consacrée aux **MALADIES CHIRURGICALES** et aux **OPÉRATIONS** qui leur conviennent, ainsi qu'au traitement des **MALADIES CHRONIQUES**, dirigée par le Dr ROCHARD, rue Marbœuf, no 36, près les Champs-Elysées. — Situation saine et agréable, soins de famille. — Prix modérés. Les malades y sont traités par les médecins de leur choix.

SIROP ANTI-GOUTTEUX DE BOUBÉE

Le Sirop ANTI-GOUTTEUX DE BOUBÉE a été une bonne fortune pour la thérapeutique. Avant lui, les médecins n'avaient aucun moyen d'enrayer un accès de goutte, de calmer subitement des douleurs atroces qui exténuent le malade, de prévenir ces concrétions tophacées qui paralysent les membres. Ce Sirop a mis ces moyens en leurs mains, et cela sans danger, ni dans son actualité, ni dans ses conséquences. Depuis sont apparus d'autres moyens dont l'efficacité reste à grande distance de notre Sirop; mais si dangereux par les spasmes, par les accidents graves qu'ils occasionnent dans les voies digestives, que leur emploi a dû épouvanter les plus intrépides. Le Sirop ANTI-GOUTTEUX DE BOUBÉE reste donc sans équivalent dans son efficacité comme dans sa bénignité. — S'adressant à Auch (Gers), à M. BOUBÉE, MM. les Pharmaciens et Médecins jouiront d'une forte remise. M. BOUBÉE n'expédie pas moins de six flacons. — Dépôt à Paris, à la pharmacie, rue Dauphine, no 38.

POUDRE PURGATIVE DE ROGÉ

PHARMACIEN, RUE VIVIENNE, 12.

Cette poudre sert à préparer soi-même la limonade purgative de Rogé, **approuvée par l'Académie de Médecine.**

Il suffit de la dissoudre dans une bouteille d'eau froide, pour avoir une Limonade purgative gazeuse contenant 50 grammes de citrate de magnésie. — *Voir* l'Instruction qui accompagne chaque flacon.

EXTRAIT DU RAPPORT FAIT A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

« *Cette limonade est agréable au goût; elle purge aussi bien que l'eau de Sedlitz. ... M. Rogé, à qui appartient l'idée première d'utiliser le citrate de magnésie, a seul déterminé les circonstances les plus favorables à sa dissolution,* »

La poudre de ROGÉ ne se vend qu'en flacons enveloppés d'un papier orange avec étiquette portant son cachet et sa signature.

Dépôt dans chaque ville de la France et de l'Étranger.

PRIX : 2 FR. LE FLACON.

Maison spéciale d'Orthopédie

POUR LES DÉVIATIONS DE LA TAILLE ET DES MEMBRES.

M. BÉCHARD, mécanicien-bandagiste, 20, rue de Richelieu, honoré de médailles d'argent en 1832, 1844 et 1849, pour les perfectionnements qu'il a introduits dans ses divers appareils, tels que corsets redresseurs, appareils pour jambes torses, pour pieds-bots, ankyloses, nouvelles ceintures hypogastriques à développement et inclinaison, mains et jambes artificielles, plus légères et plus solides que celles employées jusqu'à ce jour, et imitant parfaitement la nature; bandages de tout genre, etc.

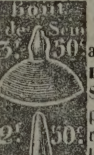
DARTRES, TEIGNES, ETC. Guérison certaine avec la POMMADE ANTI-DARTREUSE découverte par Dumont. Dépôt général à Paris, 25, rue Simon-le-Franc, et dans les meilleures pharmacies de France et de l'étranger.

MICROSCOPE GAUDIN.

Microscope usuel très portatif, pour la médecine, la pharmacie et l'étude des sciences; lentilles en cristal de roche fondu. — Prix : 2 fr. 50 c. à une lentille; 5 fr. à deux lentilles, boîte en carton. Boîte en acajou, 1 fr. de plus par microscope. Port, par la poste, 1 fr. de plus par microscope, contre mandats sur la poste.

Chez GAUDIN, rue du Hasard-Richelieu, no 1. Dépôt rue Montmartre, 142, à Paris.

SIROP SÉDATIF de BIRON-DEVÈZE, Pharm., faub. St-Martin, 187. Supériorité reconnue contre toutes les maladies nerveuses et inflammatoires de la gorge, de la poitrine, de l'estomac et des intestins; angine, grippe, asthmes, catarrhes, coqueluches, toux rebelles, palpitations, gastrites, gastralgies, diarrhées. Flacon, 4 fr., 2 fr. Dépôt chez le droguiste, 7, rue Ste-Opportune, et dans chaque ville.



MME BRETON, sage-femme, tient un grand assortiment de **BIBERONS, BOUTS DE SEIN**, dans sa fabrique, rue St-Sébastien, 42. MM. les médecins et pharmaciens qui s'adresseront directement à elle recevront **FRANCO** les demandes qui s'élèveront à 20 f., et jouiront d'une remise de 5 p. 100 sur les prix du catalogue. — Mme BRETON reçoit les dames enceintes à tous termes de la grossesse.

Deuxième année, N° 13. 1er Juin 1851.

REVUE CLINIQUE.

SOMMAIRE.

Bulletin de la quinzaine.

La dernière quinzaine a été une des plus calmes que nous ayons eues depuis longtemps. A l'Académie de médecine la discussion s'est prolongée entre MM. Renault et Delafond sur l'épizootie meurtrière qui continue encore à régner sur les oiseaux de basse-cour dans certains de nos départements. Nous aurions voulu mettre sous les yeux de nos confrères, principalement de ceux qui habitent les campagnes, la description détaillée de cette maladie, qu'on a comparée au charbon et au choléra, mais n'est ni l'un ni l'autre; la longueur de cette description nous empêche de donner suite à cette idée. Nous dirons seulement que d'après les expériences de MM. Renault et Delafond et celles antérieures d'un vétérinaire de province, M. Barthélemy, tous les liquides des animaux malades ou morts, inoculés, peuvent transmettre la maladie à d'autres animaux, mais qu'ils ne peuvent la transmettre à l'homme. Nous dirons aussi qu'une famille a pu se nourrir pendant plus d'un mois avec des animaux morts de la maladie sans en éprouver la moindre incommodité.

— A côté de l'épidémie des gallinacés, nous devons signaler l'épidémie moins grave de suette miliaire qui règne chez l'homme dans quelques départements du Midi, et dont les journaux de Montpellier nous ont tracé les caractères. Cette épidémie a fait un assez grand nombre de victimes.

— Le concours pour la chaire de pathologie interne en est déjà à l'épreuve des thèses; les candidats ont eu les sujets suivants :

M. BEAU, de la contagion dans les maladies;
M. GRISOLLE, des diathèses;
M. REQUIN, de la spécificité dans les maladies;
M. MONNERET, de la goutte et du rhumatisme;
M. GUILLOT, de la lésion et de la maladie;
M. SANSON, des phlegmasies consécutives.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

Lichen compliqué d'impétigo. — Traitement par l'hydrochlorate de chaux. — Variole intercurrente. — Guérison.

PAR M. CAZENAVE, MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Le 13 février 1849 est entrée, salle Sainte-Marthe, n° 47, la nommée P... (Elise), âgée de vingt et un ans, domestique, non mariée, née à Monceaux (Seine-et-Marne), affectée d'une éruption qui présente les caractères suivants : au bras, et surtout à la face externe, on voit une foule de petits boutons pleins, durs, non confluents, sans inflammation, ayant conservé la couleur de la peau, excepté quelques-uns qui sont irrités et déchirés par les ongles. On retrouve ces boutons jusque sur les doigts, de manière à faire croire un instant à l'existence de la gale; mais il n'y a nulle part ni vésicules, ni sillons. De pareils boutons existent au cou et au visage.

A chaque main, sur la face dorsale, au niveau du poignet, existe une plaque plus grande qu'une pièce de cinq francs, caractérisée par des croûtes jaunes, épaisses, entourées de quelques pustules évidentes. La peau, à cet endroit, est épaissie et chagrinée; elle est peu mobile sur les tissus sous-jacents.

Ce sont là, d'une part, les caractères du lichen, et de l'autre ceux de l'impétigo. Il y a d'ailleurs une relation intime entre ces deux affections; et, suivant toute probabilité, l'impétigo n'est que la suite accidentelle d'un travail inflammatoire survenu dans le lichen ou provoqué par quelque cause accessoire.

Cette malade, forte, brune, a été réglée à treize ans, et depuis fort irrégulièrement. Des douleurs abdominales précèdent toujours l'apparition menstruelle. Au dire de la malade, l'éruption impétigineuse aurait apparu il y a neuf mois, après des démangeaisons vives sur le poignet, circonscrites sur ce point, et des irritations répétées avec les ongles. L'éruption du poignet gauche ne daterait que d'un mois, et aurait présenté les mêmes phénomènes dans son évolution; enfin, les papules seraient survenues depuis quinze jours environ, à la suite de démangeaisons très vives. — Etat général bon.

Traitement. — Tisane de chicorée sauvage avec 30 grammes de sirop de gentiane; trois cuillerées de la solution suivante : hydrochlorate de chaux, 15 grammes; eau distillée, 500 grammes. Bain simple. Cinq portions.

Le 15 février, les papules semblent se convertir en pustules.

Le 18, les avant-bras présentent de véritables pustules à la place des papules; quelques-unes sont recouvertes déjà des croûtes jaunâtres de l'impétigo.

Ce qui se passe ici autorise bien à penser, ainsi que nous l'avons déjà dit, que l'éruption impétigineuse existant aux poignets a été consécutive à l'apparition des papules.

Le 28, les pustules sont converties en croûtes, qui com-

mencent à se détacher; aux poignets, même état de l'éruption. — Même traitement.

Le 8 mars, la malade est atteinte d'une fièvre assez violente avec céphalalgie, douleurs lombaires, qui font craindre l'envahissement d'une variole.

Cette éruption se déclare effectivement le 11. Les boutons sont peu confluents à la face, sur le corps et les membres inférieurs; aux avant-bras, ils sont plus rapprochés et deviennent presque confluents sur les poignets où siége encore l'impétigo.

Le 20, le lichen et l'impétigo ont disparu. On ne voit plus que les petites croûtes brunâtres que laissent après elles les éruptions varioliques.

Le traitement avait été suspendu.

Le 4 avril, la desquamation est complète. Aux endroits primitivement malades, on ne voit que quelques papules rouges, peu saillantes, sans démangeaisons.

Le 23 avril, la malade quitte l'hôpital; elle est complétement guérie.

Cette observation offre de l'intérêt au point de vue de la maladie intercurrente. En effet, lorsque la variole s'est déclarée, l'éruption pour laquelle la malade avait réclamé son admission à l'hôpital se trouvait à peu près dans le même état qu'au début du traitement; aussi la guérison ne peut-elle être attribuée qu'à l'influence de la fièvre éruptive, et cette guérison, nous la croyons définitive, puisque l'affection cutanée n'a pas reparu, même après un mois de convalescence. Ce résultat est d'autant plus remarquable, que toutes les maladies de la peau sont loin d'être également et heureusement modifiées par la variole. Quelques-unes d'entre elles ne font que s'effacer en quelque sorte pendant la durée de la fièvre éruptive, pour revenir plus tard avec les mêmes caractères qu'elles présentaient au moment de l'invasion. Le favus, par exemple, si nous consultons les faits peu nombreux, à la vérité, qui ont passé sous nos yeux, se trouve dans la catégorie des maladies de la peau rebelles à l'influence de la variole. Dans un travail plein d'intérêt publié dans ce recueil (t. II, p. 289), M. le docteur Legendre a aussi constaté cette différence.

Mais, lorsque la variole devient une heureuse complication, si l'on peut dire, lorsqu'elle modifie avantageusement ou lorsqu'elle procure la guérison d'une affection cutanée, est-ce en vertu d'une action locale, est-ce en vertu d'une action générale qu'elle exerce cette salutaire influence?

A l'appui de la première hypothèse, on peut invoquer la confluence des boutons varioleux sur les points envahis par l'éruption cutanée; dans l'espèce, cet argument a une valeur au moins apparente; mais alors le rôle de la variole se trouve réduit au mode d'action des agents substitutifs, et l'expérience a déjà prouvé que ces modificateurs locaux sont dans la plupart des cas impuissants, sinon nuisibles. Pour nous, nous ne saurions oublier que l'action première, essentielle de la variole sur l'organisme est une influence générale, et que par conséquent nous nous rallions à la seconde hypothèse, sous réserve toutefois d'une action locale, mais secondaire quant à son importance, d'une modification dans la vitalité des tissus dont il faut au moins tenir compte.

Au reste, si nous plaçons au premier rang l'action générale, c'est moins par induction théorique que convaincu par l'observation. Ainsi, nous avons vu un malade, dont nous publierons plus tard l'histoire, chez lequel une varioloïde bien légère modifia avantageusement un *érythème centrifuge* occupant à peu près tout le visage, bien que la surface malade ne présentât qu'un seul bouton varioleux.

En résumé nous publions cette observation, parce que de tels faits sont assez rares, et qu'en attendant qu'il soit peut-être possible de formuler quelques lois générales relatives à l'influence des fièvres éruptives sur les maladies de la peau, il est au moins utile pour les praticiens, au point de vue du pronostic, de connaître l'influence de la variole sur certaines affections cutanées.

(*Ann. des mal. de la peau et de la syphilis.*)

Rapport sur un exposé des symptômes et des causes de la lèpre du docteur Rafael Echeverria, enfermé dans le lazaret de Quito.

PAR M. GIBERT.

(Commissaires: MM. Keraudren, Rayer et Gibert, rapporteur.)

Nous croyons devoir publier a part l'intéressant rapport qui suit et que M. Gibert a lu dans la séance de l'Académie du 20 mai.

M. Jules Bourcier, ex-consul de la République à Quito (Equateur), a pénétré, malgré les coutumes du pays, dans le lazaret où sont séquestrés et renfermés, sans aucun secours médical et sans aucune communication avec le dehors, les malheureux lépreux. Frappé de leur état d'abandon et de désespoir, il a invité un médecin du pays, renfermé lui-même, comme atteint de la lèpre, dans ce triste séjour, à rédiger un exposé des caractères de la maladie, et il a adressé ce travail à l'Académie nationale de Médecine.

La lèpre proprement dite, *éléphantiasis*, ou lèpre tuberculeuse, est naturellement le type de la description tracée par le docteur Echeverria, bien qu'il ait cru cependant devoir admettre encore deux autres espèces que nous indiquerons tout à l'heure.

Sur soixante-six individus renfermés dans le lazaret, soixante présentent tous les caractères de cette lèpre.

La description de ces caractères est, dans le mémoire que nous avons sous les yeux, parfaitement en harmonie avec celle donnée par Schilling et les auteurs plus anciens. Avec le médecin hollandais, le docteur Echeverria admet comme deux formes de la même maladie:

L'*éléphantiasis grec*, ou forme tuberculeuse proprement dite, qui donne à la physionomie cet aspect monstrueux que les Grecs avaient désigné sous le nom de *figure de lion* ou de *masque de satyre*..., et l'*éléphantiasis arabe*, qui amène dans les membres inférieurs cette tuméfaction indurée qui les a fait comparer aux jambes de l'éléphant.

Dans ces deux variétés, on peut observer ces ulcères lépreux et ces mutilations qui ont été signalés particulièrement dans la lèpre des colonies.

Toutes deux, d'ailleurs, peuvent se trouver réunies sur le même sujet; M. Echeverria en cite un exemple.

L'auteur admet une seconde espèce beaucoup plus rare que la précédente, qu'il désigne sous le nom de *lèpre écailleuse*; c'est le *lence* et l'*aphos* des Grecs, la lèpre des Hébreux, signalée dans le *Lévitique*, l'éléphantiasis anesthésique des médecins norvégiens Dannielsen et Boek et des médecins anglais. Suivant Schilling, ce n'est qu'une première phase ou un premier degré de la précédente. L'alopécie et la perte progressive de la sensibilité sont ses caractères distinctifs.

Enfin, une troisième espèce, fort rare aussi, mais admise également par les auteurs norvégiens dans leur *Traité classique de la spédalsked*, est ce que M. Echeverria désigne sous le nom de *lèpre crustacée*. Elle est caractérisée par des taches livides tirant sur le violet-bleuâtre (*mélas* des Grecs), qui s'ulcèrent et se recouvrent de croûtes.

En somme, on retrouve dans ces trois espèces les caractères généraux de la lèpre indiqués par tous les bons observateurs, savoir: les taches élémentaires, l'insensiblité, les déformations et les mutilations ultérieures; enfin la marche fatale de la maladie vers une terminaison funeste, à mesure

que l'altération de la santé générale vient se joindre aux désordres extérieurs... ; ce qui s'observe plus rapidement dans la forme tuberculeuse léonine, beaucoup plus lentement dans les autres, et notamment dans l'éléphantiasis arabe, ou mal des Barbades.

Ce dernier, comme on sait, chez beaucoup de sujets, ne constitue, pendant de longues années, qu'une infirmité et une difformité partielles.

Il est d'ailleurs bien extraordinaire de voir une maladie si essentiellement liée aux conditions climatériques, qu'elle est aujourd'hui presque inconnue dans les contrées centrales et tempérées de l'Europe.... se montrer avec des phénomènes semblables dans des régions situées sous des latitudes aussi différentes que la Norvége, par exemple, et les côtes d'Afrique ou celles de l'Equateur!

Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit dans un précédent rapport (séance du 3 octobre 1848) sur la chronologie, l'historique, la marche et la symptomatologie de la lèpre ; mais nous dirons quelques mots de l'étiologie et du traitement.

On sait que la lèpre est généralement regardée comme une maladie contagieuse, et que dans nos colonies les lépreux sont, comme au temps des croisades, isolés et séquestrés du reste de la société.

Quelques auteurs cependant, et notamment votre célèbre collègue Alibert, se sont efforcés de lutter contre une opinion si ancienne et si invétérée. Sans doute les observations qui nous sont personnelles tendraient comme celles d'Alibert à repousser toute idée de contagion. Mais de ce que dans nos climats tempérés et dans le petit nombre de cas isolés et exceptionnels que nous avons pu observer à Paris, le mal n'a paru présenter aucun caractère contagieux, s'ensuit-il que dans les conditions climatériques favorables et par suite d'une fréquentation intime et prolongée on n'aura jamais rien à redouter de la transmission du mal? Je n'oserais l'affirmer.

L'auteur du mémoire que nous avons sous les yeux, victime lui-même des idées de contagion et séquestré dans un lazaret où sont abandonnés presque sans secours aucun les malheureux lépreux qu'on se hâte d'y renfermer dès qu'on vient à reconnaître chez eux les indices de cette triste et hideuse maladie, M. Echeverria, dis-je, se pose à son tour en anticontagioniste, et appuie son opinion sur plusieurs faits que nous citerons brièvement.

« Francisca Parminio, dit-il, âgée de cinquante ans, a vécu quatorze ans dans cette résidence, et se conserve, au milieu de soixante-cinq malades et dans le foyer de la corruption, parfaitement saine.

» Manuela Suarez, veuve de deux maris atteints d'éléphantiasis avec lesquels elle a vécu dans la plus étroite union jusqu'à leur mort, continue d'habiter le lazaret sans être malade.

» Le sacristain Miguel Salos et le portier Antonio Lara ont vieilli dans cet asile, élevant leurs enfants parmi les malades, et aucun des individus de cette famille n'a eu le moindre symptôme de lèpre.

» Enfin, il y a six ans que le R. P. Luis Surrita, religieux de l'ordre des Augustins et aumônier de l'établissement, visite et fréquente les lépreux, confesse les malades, donne aux mourants les derniers secours de la religion, et reste sain et sauf au milieu de ces communications journalières, intimes et répétées. »

Il faut bien reconnaître que ces faits, observés dans les conditions les plus propices à la manifestation du caractère contagieux, sont de nature à faire suspecter ce caractère, ou du moins qu'ils doivent, quand on les rapproche de ceux que nous avons signalés nous-même, faire regarder comme très exagérées les craintes que l'on a conçues sur la communication de la lèpre, et faire souhaiter à tous les amis éclairés de l'humanité que l'on modifie les mesures presque barbares qui sont prises encore aujourd'hui contre les malheureux lépreux.

L'hérédité, admise par tous les auteurs, est encore confirmée par le docteur Echeverria, qui a sous les yeux, dans l'hospice Saint-Lazare, quatre exemples de lèpre héréditaire.

Un fait curieux, cité par l'auteur, est celui qui se rapporte à deux sœurs, dont l'une, qui avait fui son père sitôt qu'avaient apparu, chez ce dernier, les premiers indices de la lèpre, fut, plus tard, amenée lépreuse au lazaret, tandis que l'autre, qui continua d'habiter avec son père et de le soigner jusqu'à la mort, est restée saine, et a eu depuis, elle-même, des enfants bien portants.

Quant au traitement, l'auteur du mémoire déplore avec raison la triste coutume établie dans son pays de déclarer incurable tout individu atteint de la lèpre, et de le séquestrer comme un objet d'horreur et de dégoût, sans secours médical aucun, dans un établissement où tout manque et où toute communication avec le dehors est rigoureusement interdite.

Nous ferons avec notre malheureux confrère et avec M. Jules Bourcier, qui n'a pas craint d'user de son caractère officiel pour pénétrer dans ce séjour de désolation, des vœux pour que les autorités compétentes, mieux renseignées sur les difficultés de la transmission du mal et sur la possibilité de le guérir ou du moins de l'arrêter dans ses progrès, prennent des mesures propres à concilier les devoirs de l'humanité avec les intérêts de la société, en défendant seulement les communications qui ne sont point indispensables au soulagement et au traitement des malades.

Plusieurs exemples authentiques prouvent, en effet, d'une part, que des rapports et des communications habituelles peuvent avoir lieu entre les lépreux et les individus sains, sans que ceux-ci contractent la maladie ;

Et, d'autre part, que des tentatives soit empiriques, soit rationnelles, ont réussi à arrêter les progrès du mal et même, dans certains cas, à amener la guérison.

Ainsi, M. Baumès, de Lyon, a publié dans sa *Nouvelle Dermatologie* une observation d'*éléphantiasis grec* traité par lui avec succès, bien que parvenu à un degré grave et étendu ; ainsi, Schilling a rendu à la santé quelques sujets atteints de *lèpre tuberculeuse ;* ainsi nous-même, dans le rapport académique cité plus haut, nous avons signalé les bons effets obtenus de l'*assacou* (*hura Brasiliensis*) par les médecins de la province du Para au Brésil.

Nous croyons donc répondre aux vues philanthropiques de M. Jules Bourcier et aux vœux exprimés par notre malheureux confrère le docteur Echeverria, en vous soumettant les deux propositions suivantes qui serviront de conclusions à ce court exposé :

1° Que ce rapport, ainsi qu'une copie de celui déjà publié dans le tome XIV du *Bulletin* (page 114) soient transmis à M. Jules Bourcier, qui se dispose à retourner à l'Equateur, pour en faire l'usage qui lui paraîtra le plus favorable à ses vues ;

2° Que des remercîments lui soient adressés ainsi qu'au docteur Echeverria, et qu'on y joigne l'expression de nos vœux pour que les léproseries soient désormais transformées en de véritables hôpitaux où les lépreux soient considérés comme des malades en traitement, et non pas comme des sujets incurables et dangereux qu'il faut à tout prix séquestrer de toute communication et de toute relation sociales.

Après une courte discussion, ces conclusions sont adoptées.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Guérison du ptérygion par un nouveau procédé, dit par déviation.

PAR M. LE DOCTEUR DESMARRES.

On sait combien est difficile à obtenir, non pas sur le moment, mais d'une manière complète et définitive, la guérison du ptérygion. Astringents et résolutifs échouent le plus souvent, ou du moins ne procurent qu'une amélioration temporaire ; sulfate de zinc ou de cuivre, laudanum, pommade au précipité rouge, nitrate d'argent, ou restent complétement inutiles dans beaucoup de cas, ou favorisent même quelquefois le développement de la maladie, surtout lorsque le ptérygion commence à envahir la cornée. On avait beaucoup espéré des scarifications et des excisions partielles, qui n'ont pas répondu à ce que l'on en attendait. Nous venons de voir, à la clinique ophthalmologique de M. Desmarres, plusieurs cas de ptérygion traités et guéris sans retour possible par un nouveau procédé opératoire qu'il désigne sous le nom de procédé *par déviation*.

Au point de vue de la pratique, l'expérience a conduit M. Desmarres à établir certaines divisions dans l'histoire du ptérygion, en ce sens que tantôt il est très étroit, tantôt il est très large à la base. Nous ne voulons pas parler des cas où le ptérygion est en quelque sorte filiforme, n'a qu'un millimètre ou deux de largeur, mais bien de ceux, en si grand nombre, où la base fait corps commun avec la membrane semi-lunaire et offre une étendue verticale d'un centimètre ou même plus ; tels étaient, pour le dire en passant, deux cas que M. Desmarres nous a présentés, et à l'occasion desquels nous écrivons ces lignes.

On a beaucoup vanté la dissection du ptérygion. Mais, quand on opère de cette manière un ptérygion d'aussi grande étendue, on court deux chances : ou de le voir se reproduire, s'il est incomplétement disséqué ; ou, si on l'enlève en entier, de déterminer un ectropion qui s'accompagne d'un larmoiement fort incommode. Si, après la dissection complète, on avait l'assurance, même avec un peu d'ectropion et de larmoiement, que la maladie ne se reproduira pas, on pourrait quelquefois passer par-dessus cet inconvénient ; mais il n'en reste pas moins soumis aux mêmes chances de récidive que les autres, et l'on a vu succéder à l'opération des brides desquelles résultaient un strabisme interne et de la diplopie.

Après des opérations de cette espèce, pratiquées soit par lui, soit par d'autres chirurgiens, M. Desmarres a vu se produire ces accidents, et il lui a fallu recourir à des opérations fort compliquées, dont une des principales a été publiée il y a quelques années dans la *Gazette des Hôpitaux*. Il s'agissait d'un individu chez lequel des brides s'étaient formées au grand angle de l'œil après l'excision d'un ptérygion et avaient amené un strabisme interne très prononcé. Il fallut disséquer tout le grand angle de l'œil, atteindre les digitations du muscle droit interne, les couper et provoquer momentanément un strabisme externe en attirant l'œil en dehors au moyen d'un fil fixé à l'oreille du sujet.

Ces insuccès ont conduit M. Desmarres au nouveau procédé opératoire que voici :

Il commence par disséquer le ptérygion du sommet à la base dans toute son étendue, de manière à ne pas occasionner de perte de substance. Le ptérygion étant ainsi disséqué et renversé du côté du nez, M. Desmarres incise le bord inférieur de la plaie faite à la conjonctive, suivant une direction parallèle à la circonférence de la cornée, dans l'étendue de 6 à 8 millimètres. Cette incision est assez large pour que l'extrémité du ptérygion, devenue libre par la dissection, puisse y être introduite. Les choses ainsi disposées, le lambeau formé par le ptérygion est fixé dans cette incision par quelques points de suture, dont le principal réunit le sommet du lambeau, celui qui arrivait sur la cornée, à la partie la plus angulaire de l'incision, en bas. Les fils sont enlevés au bout de quarante-huit heures.

Chez un des malades que nous avons vus, la guérison est complète, et il n'y a plus de traces de vaisseaux se rendant à la cornée. Chez l'autre, quelques vestiges de vaisseaux sembleraient faire craindre la reproduction du ptérygion. Mais l'expérience des faits a prouvé à M. Desmarres que, sous ce rapport, on devait être complétement rassuré. Ce dernier sujet est opéré depuis plus de six semaines. Un fait assez curieux, c'est que, chez lui, la muqueuse, en se contractant, a imprimé à l'œil un léger mouvement de rotation sur son axe antéro-postérieur ; disposition qui, du reste, ne nuit en rien à la vision.

Comme détail de l'opération, M. Desmarres nous a fait remarquer que les sutures doivent être placées un peu loin des bords de la plaie et faites avec un fil très gros, dont les extrémités sont réunies par un double nœud. Cette précaution est nécessaire pour faciliter les recherches des fils qui pourraient être recouverts par le boursouflement inflammatoire de la muqueuse lorsqu'il s'agit d'enlever les sutures.

Sur une forme particulière de hernie étranglée.

(Observation et résumé d'une leçon clinique.)

PAR M. LE PROFESSEUR LAUGIER, CHIRURGIEN DE LA PITIÉ.

Le 28 janvier 1851, il est entré dans la salle Saint-Gabriel, au n° 33, un nommé Beauvais (Louis), âgé de quarante-sept ans, journalier.

Apporté à l'hôpital dans un état de faiblesse et d'accablement extrême, il répond à peine aux questions qu'on lui adresse. Il nous apprend seulement qu'il portait depuis six ans, du côté gauche, une hernie développée insensiblement et sans effort brusque, qu'il la maintenait avec un bandage et n'en souffrait pas habituellement.

Dimanche dernier (26 janvier), vers le soir, il a fait une chute qui a déterminé la sortie brusque de sa tumeur. Quoiqu'il ne rende pas un compte parfaitement exact de ce qui s'est passé depuis ce moment, il semble néanmoins qu'il n'ait pas beaucoup souffert jusqu'au lendemain. Un médecin appelé auprès de lui a exercé à plusieurs reprises des efforts de taxis longtemps prolongés.

Aujourd'hui (mardi 28 janvier), après avoir fait appliquer des sangsues et ordonné un grand bain, ce médecin est enfin parvenu à faire rentrer la hernie.

Pendant les deux journées de lundi et mardi, il y avait eu des vomissements, d'abord de matières alimentaires, puis comme bilieuses, ayant un goût et une odeur fétides. Le ventre était tendu et douloureux. Tous ces symptômes ont continué une fois la réduction faite.

Le 28 au soir, entrée à l'hôpital.

Le malade présente un facies pâle et amaigri ; il tremble sous l'impression du froid. Pouls misérable ; respiration anxieuse ; vomissements plutôt bilieux que stercoraux ; abdomen tendu, douloureux à la pression. Les douleurs spontanées ne semblent pas avoir une grande acuité. Point de selles. Tumeur un peu oblongue, du volume d'une grosse noix, située vers l'orifice externe du canal inguinal, près de l'épine pubienne, ne descendant point dans le scrotum, avec les éléments du cordon placés en dehors. Les mouvements qui tendent à la réduction diminuent facilement le volume de cette tumeur par le refoulement des matières dans la cavité abdominale, d'où naît un bruit de gargouillement extrême-

ment prononcé, et s'entendant au loin, comme si l'on agitait une vaste collection de liquides et de gaz.

On sent aussi sous le doigt une sorte de noyau qui se laisse déprimer sans perdre sa forme, et n'est pas réductible.

Il était huit heures du soir; donc il s'était écoulé quarante-huit heures depuis l'accident. On envoie chercher le chef du service. M. Laugier, arrivant à neuf heures, trouve le malade dans l'état que je viens de décrire; toutefois, avec un pouls plus faible. D'après la nature des vomissements, bilieux plutôt que stercoraux, la facilité de refouler les gaz et les liquides dans l'abdomen, le peu d'acuité des douleurs et l'état d'affaissement du malade, M. Laugier juge qu'il pourrait bien n'être plus dans la période de l'étranglement, mais sous l'influence d'un travail de mortification, les vomissements s'expliquant par la péritonite.

L'opération est pratiquée. Dans le premier temps on fait à la peau une incision oblique de trois pouces environ, formant un angle aigu avec la direction du canal inguinal. Dans le deuxième temps, les diverses couches de la tumeur sont incisées successivement, et l'on arrive sur un petit corps pyriforme de 4 à 5 centimètres de longueur, d'un aspect fibreux, présentant assez bien les caractères d'un sac herniaire. Après l'avoir entamé, M. Laugier l'arrête, l'isole des parties voisines, le presse en différents sens, et constate le voisinage des matières liquides et gazeuses. Son idée avait été d'abord que ce sac était adhérent à une anse intestinale, et qu'en procédant ainsi par petites entamures successives, il arriverait à l'intestin, et reconnaîtrait sa présence par l'écoulement abondant et continu du sang que donnent les vaisseaux intestinaux (signe indiqué dans un travail de M. Laugier); mais tout à coup, comme il portait le doigt dans l'angle supérieur de la plaie et exerçait des tractions assez légères, un flot de matières, un mélange de pus de fèces liquides et de gaz s'est précipité. Venait-il d'un intestin, que cette légère traction aurait déchiré au point où il avait été soumis à l'étranglement, ou bien du col du sac gangrené et moins résistant? Quoi qu'il en fût, il n'y avait plus rien à ménager. La tumeur a été incisée; les matières ont coulé avec abondance. En enfonçant le doigt, on sentait très distinctement des anses intestinales revêtues de fausses membranes, mais aucun orifice d'écoulement.

La plaie est laissée dans cet état; un fragment d'épiploon qui avait été attiré au dehors est relevé et étalé sur la paroi abdominale. — Pansement avec de la charpie; gomme sucrée. Alèzes chaudes sur les extrémités inférieures.

Le malade avait été chloroformisé à demi, seulement à cause de son état de prostration Il n'a pas paru éprouver de vives souffrances pendant qu'on l'opérait. Le chloroforme a déterminé quelques vomissements, quelques contractions; le pouls est devenu filiforme.

Onze heures du soir, même état.

Le 29 janvier, deux heures du matin. Mort.

M. Laugier a fait de cette observation le sujet d'une de ses leçons cliniques.

Après en avoir résumé les principaux traits, il a montré ce cas de hernie comme présentant une face nouvelle, et pouvant être pour le chirurgien un sujet d'embarras. Il a insisté sur une circonstance frappante et distinctive, l'espèce de gargouillement observé. J'ai cru, dit-il, devoir le désigner, pour le caractériser mieux, par le mot de *clapotement*. Ce clapotement, car c'est là le terme qui rend le mieux ma pensée, est bien différent du simple gargouillement, et par son intensité et par son timbre. Il annonce l'existence d'un vaste foyer où se mêlent des gaz et des liquides.

Quoi qu'il en soit, l'opération était indiquée par la présence d'une tumeur inguinale irréductible. Soit qu'il s'agît d'un intestin ou d'un sac herniaire, il ne pouvait qu'être avantageux au malade de donner issue aux matières, et de les diriger vers l'extérieur afin de favoriser la formation d'un anus contre nature. Il était clair, du reste, que la faiblesse du malade et la probabilité d'une péritonite donnaient peu d'espoir d'une pareille terminaison.

Maintenant quelles ont été les parties intéressées, le sac ou l'intestin? Mais le noyau demi-fibreux sur lequel a porté l'incision avait bien l'aspect d'un sac herniaire. Au dehors, il n'était ni rouge, ni violacé, ne donnait pas par la section d'écoulement sanguin continu. Sa surface interne, revêtue de fausses membranes, n'avait ni villosités, ni autres caractères de la muqueuse. Le doigt n'entrait pas dans un canal continu; mais il rencontrait, au contraire, la convexité de deux anses intestinales, et les touchait sans intermédiaire.

Mais, dira-t-on, la hernie était ancienne. Les parois intestinales ont pu subir une transformation et perdre leurs caractères primitifs. Alors on les eût reconnues au moins en quelques points, et surtout à l'aspect de la surface interne. D'ailleurs, le doigt aurait rencontré quelque part les parois de cet intestin gangrené avant d'arriver sur la convexité d'autres anses intestinales. Il est donc infiniment probable qu'il s'agissait d'un sac. Dès lors, d'où sont venues les matières qui ont fait tout à coup irruption? D'un foyer d'un abcès stercoral. Cette hypothèse cadre parfaitement avec la présence du clapotement indiqué plus haut. Quant au siége précis du foyer, à ses rapports avec une perforation intestinale, s'il en existe, l'autopsie les démontrera.

Autopsie faite le 30 *janvier.* — La plaie est béante. Le sac entr'ouvert et l'épiploon noirci occupent la même place qu'après l'opération. Un grand lambeau abdominal est rabattu sur les cuisses et met à nu la cavité tout entière. L'intestin grêle est dilaté, revêtu de pseudo-membranes qui unissent entre elles les anses intestinales. Foyers purulents disséminés; péritonite générale. En relevant avec précaution les anses situées dans la fosse iliaque gauche, on découvre le foyer, où restent quelques cuillerées d'un liquide formé par des matières fécales, du pus et de la sérosité mélangés, c'est-à-dire semblable à celui qui s'écoulait par la plaie. On voit aussi, au niveau de la paroi postérieure du canal inguinal, une petite ouverture ronde située au-dessus de l'anneau crural conduisant dans le sac, qu'il est facile de retourner comme un doigt de gant et de replacer dans la cavité péritonéale; le collet de ce sac est déchiré. Une circonvolution intestinale voisine, revêtue d'une fausse membrane fortement injectée, paraît avoir été détachée du pourtour de l'anneau herniaire, également tapissé de fausses membranes.

On a eu recours à l'insufflation pour découvrir la perforation intestinale; elle était située sur une anse de la région hypogastrique, à deux ou trois pouces de l'anneau herniaire. Sur l'intestin grêle déroulé en entier, on a vu qu'elle avait son siége à peu près vers le milieu de la longueur de ce viscère, un peu plus près du cœcum que de l'estomac. Ce point formait une sorte de limite au-dessus de laquelle il y avait dilatation et rétrécissement au-dessous. Le collet du sac était situé entre l'artère épigastrique et le cordon de l'artère ombilicale. Le trajet du sac était à peu près direct; les éléments du cordon situés à la partie postérieure et externe.

Donc il résultait de cette ouverture une explication très nette des faits et la réalisation presque fidèle des prévisions de l'opérateur.

Il était clair :

Qu'on avait eu affaire à une hernie inguinale directe, étranglée dans un certain moment, mais qui ne l'était plus à l'instant de l'opération;

Que le chirurgien de la ville avait bien réellement réduit l'intestin, comme le disait le malade;

Que l'accident et même peut-être les efforts du taxis.

avaient produit une péritonite et une perforation intestinale ;

Que le point perforé avait été le siége probable de l'étranglement, vu le changement de calibre de l'intestin au-dessus et au-dessous de ce point ;

Qu'à la suite de cette perforation il s'était formé un foyer dans la fosse iliaque gauche ;

Que là était la source du clapotement ;

Que les tractions exercées sur le sac avaient déchiré son collet, rompu l'adhérence des anses intestinales au pourtour et ainsi donné issue aux matières du foyer ;

(Il fallait de toute nécessité que les tractions eussent déchiré le collet du sac, puisqu'il n'y avait pas encore eu de débridement; sans cela les matières ne se seraient pas écoulées au dehors avant l'ouverture du sac. Après cette ouverture, les adhérences avaient été déchirées largement par le doigt; mais elles n'obturaient pas complétement le collet du sac, puisque avant l'incision la pression du ventre donnait au sac vide du relief et de la rénitence, ce qui prouvait la communication du sac avec le foyer péritonéal.)

Que l'incision avait donc bien porté sur le sac et non sur l'intestin ;

Que l'on avait senti réellement avec le doigt des anses intestinales libres ;

Qu'on pouvait soupçonner l'état des choses, mais difficilement prévoir tout ce concours de circonstances ;

Qu'une fois l'opération faite il n'y avait qu'à laisser les parties en place et qu'on ne pouvait raisonnablement aller à la recherche du point gangrené de l'intestin ;

Que la connaissance pleine et entière des lésions existantes aurait pu être une contre-indication de l'opération, considérée alors non pas comme dangereuse, mais comme inutile.

Après avoir de nouveau appelé notre attention sur la valeur du clapotement, M. Laugier a terminé en nous faisant remarquer combien les hernies se présentaient sous des formes diverses, se jouant pour ainsi dire de l'expérience des praticiens. (*Gazette des Hôpitaux.*)

De l'opération de la pupille artificielle par excision pratiquée avec la pince-crochet dans quelques cas déterminés.

PAR M. LE DOCTEUR TAVIGNOT.

Les chirurgiens qui ont pratiqué un certain nombre d'opérations de pupille artificielle sont presque tous d'accord pour reconnaître à l'iridectomie, et au procédé de Beer en particulier, une supériorité incontestable sur tous les autres. Je partage, à cet égard, l'opinion générale avec d'autant plus de raison que j'ai obtenu, dans son exécution, les succès les plus satisfaisants. Je vais plus loin, et n'hésite pas à ajouter que le procédé de Beer, tel qu'il est passé dans la pratique, avec les quelques modifications que l'expérience a suggérées, est celui qu'il faut choisir dans la très grande majorité des cas : aucune opération n'est plus simple dans sa manière de procéder, plus sûre dans ses manœuvres, plus brillante dans ses résultats.

Mais on a pu remarquer que l'iridectomie pratiquée à la manière de Beer suppose nécessairement l'existence de certaines conditions organiques normales qui permettent à l'iris de faire spontanément saillie entre les mors de la pince. Ces conditions ne se rencontrent pas d'une manière constante : l'iris peut être soudé, en arrière, à la capsule antérieure du cristallin, dans une étendue assez grande, au moyen d'exsudations plastiques ; il peut être adhérent, en avant, à la cornée par suite de perforations simples ou multiples de cette membrane.

J'ai pratiqué plusieurs fois l'iridectomie dans les circonstances que je viens d'indiquer, et j'avoue très volontiers n'avoir pas toujours été assez heureux pour vaincre les difficultés qui ont surgi pendant l'opération exécutée d'après les règles ordinaires, soit avec la pince ordinaire à dents de souris, soit avec le coréoncion de Græfe.

L'idée m'est alors venue de modifier l'iridectomie, de telle sorte qu'elle puisse être pratiquée avec chances de succès dans les cas les moins favorables jusqu'alors aux manœuvres opératoires.

Depuis quelques années, l'occasion s'est offerte plusieurs fois dans ma pratique de réaliser définitivement ce progrès, que j'essaie aujourd'hui de vulgariser.

Il faut procéder différemment, selon que l'iris est adhérent en avant à la cornée, ou en arrière à la capsule cristalline.

1° Lorsque l'iris est devenu adhérent à la cornée et qu'il est accolé en quelque sorte à la face concave de la cornée, de telle sorte qu'il n'existe plus ou presque plus de chambre antérieure de l'œil, je pratique l'iridectomie de la manière suivante :

A. Une incision de 5 à 6 millimètres est faite à la cornée à l'aide d'un kératotome, mais de manière que la lame de l'instrument, dirigée parallèlement au diamètre transversal de l'œil, intéresse l'iris dans une étendue à peu près égale à l'ouverture de la cornée. Cette double section s'opère en quelque sorte d'elle-même, vu l'absence de chambre antérieure.

B. L'opérateur, armé d'une pince très fine et dépourvue de crochets ou dents de souris, fait pénétrer l'extrémité de l'instrument par l'ouverture sus-indiquée, de manière que l'*une de ses branches passe en avant et l'autre en arrière de l'iris.*

C. Par le rapprochement des deux branches de la pince, l'iris se trouve saisi par ses faces antérieure et postérieure dans un point de son étendue. Par un léger mouvement de traction exercée de dedans en dehors sur la pince, un lambeau d'iris est déchiré et amené à l'extérieur.

D. Il ne reste plus qu'à exciser ce lambeau avec des ciseaux courbes déliés et d'après les règles ordinaires.

2° Quand l'iris est adhérent, en arrière, à la capsule antérieure du cristallin, surtout s'il existe un produit plastique accidentel qui double sa face postérieure dans une assez grande étendue, la tendance de cette membrane au déplacement spontané est ou très faible ou même tout à fait nulle : alors ce n'est plus l'iris qui vient se livrer de lui-même à l'action de l'instrument, c'est l'instrument qui doit aller le saisir sur place pour l'entraîner ensuite au dehors. Or, les différents crochets imaginés jusqu'à présent, soit pour opérer le décollement, soit pour pratiquer l'excision, ne permettent pas toujours d'atteindre le but que l'on s'était proposé ; l'érigne simple, la pince-crochet de Reisinger ont le grave inconvénient d'embrocher à leur sortie de l'œil l'une des lèvres de la plaie cornéale ; l'aiguille-crochet de Lusardi, introduite par la chambre antérieure et sans incision préalable de la cornée, fait une piqûre trop étroite pour rendre facile l'issue de la portion d'iris entraînée par l'instrument ; après une incision préalable de la cornée, ayant donné issue à l'humeur aqueuse, l'introduction de cette même aiguille serait tout à fait impossible, car son extrémité, très piquante, léserait inévitablement la cornée ou l'iris juxtaposés.

Le coréoncion de Græfe n'a aucun des inconvénients énumérés plus haut ; mais, outre qu'il est assez compliqué dans son exécution, cet instrument est terminé par deux petits crochets d'une ténuité telle que le tissu de l'iris, s'il a perdu sa résistance normale, se laisse sillonner par eux sans se prêter à la formation d'un lambeau.

L'instrument que j'ai imaginé, et auquel je donne le seul nom qui lui convienne, celui de pince-crochet, est des plus simples. Le premier modèle a été fabriqué en 1846 par M. Sam-

son ; celui dont je donne plus bas le dessin sort des ateliers de M. Charrière ; il ne diffère d'ailleurs du premier que par une exécution plus parfaite.

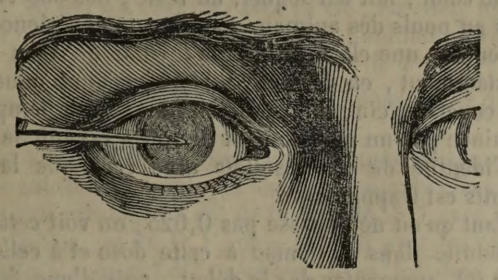
Fig. 1. — *Pince-crochet de l'auteur vue de côté ; la branche opposée au crochet est abaissée sur lui par sa propre élasticité et le masque complètement.*

Voici comment je procède :

A. L'incision de la cornée ayant été faite avec le kératotome, le chirurgien saisit la pince-crochet par les côtés de ses branches rendues rugueuses à cet effet et introduit son extrémité libre dans la chambre antérieure, et spécialement vers le point de l'iris où doit être établie la pupille artificielle.

B. Le crochet de la pince est resté dissimulé jusqu'à présent par la branche opposée de l'instrument, qui bat sur lui par sa propre élasticité ; alors il devient apparent par une légère pression exercée à l'aide des doigts sur la face externe de cette branche.

Fig. 2. — *Crochet devenu apparent et prêt à harponner l'iris : le crochet est ici dirigé en haut ; on conçoit qu'il est également facile de le diriger en bas.*

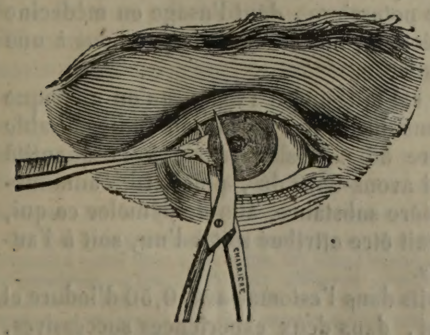


C. Après avoir fait subir à la pince-crochet un mouvement de rotation sur son axe de l'étendue d'un demi-quart de cercle environ, la pointe du crochet, dirigée obliquement en arrière, pénètre bientôt dans le tissu de l'iris dans une étendue plus ou moins grande et que l'on est libre de faire varier selon les indications que l'on a à remplir.

D. On cesse la pression exercée sur la branche de la pince, et celle-ci vient de nouveau rencontrer l'extrémité du crochet pour le masquer de manière à faciliter sa sortie par la plaie cornéale.

A l'aide d'une traction méthodiquement exercée de dedans en dehors sur l'instrument, que l'on a ramené dans la position qu'il avait lors de son introduction, on opère la déchirure de la portion d'iris saisie par lui. Le lambeau amené à l'extérieur est ensuite excisé comme dans le procédé ordinaire.

Fig. 3. — *Lambeau triangulaire entraîné par la pince-crochet en dehors de l'œil et excisé avec des ciseaux courbes appropriés.*



Les règles générales de l'opération une fois posées, c'est à la sagacité du chirurgien et à son expérience qu'il faut demander l'esprit d'à propos nécessaire pour modifier dans un cas donné les manœuvres opératoires en rapport avec l'état anatomique des parties.

Mais il est une dernière manœuvre qu'il ne faut jamais négliger, à mon avis, dans les procédés ordinaires d'iridectomie et dans celui-ci en particulier : cette manœuvre consiste à refouler dans la chambre antérieure le pédicule du lambeau excisé, qui est assez souvent retenu entre les lèvres de la plaie faite à la cornée. Dans l'espèce, je ne trouve aucun avantage réel à joindre l'*enclavement* à l'*excision*, et j'ajoute, pour motiver cette conduite, que la présence d'une portion d'iris laissée dans la plaie cornéale est à la fois un obstacle à sa cicatrisation rapide et une cause propre à favoriser le développement d'une kératite plastique dont les progrès peuvent faire échouer l'opération.

Pour exécuter cette dernière manœuvre, il suffit de promener légèrement d'un angle de la plaie à l'autre un stylet mousse ordinaire. (*Gazette des Hôpitaux.*)

Hernie de l'ovaire prise pour une tumeur enkystée de la grande lèvre. — Extirpation. — Mort.

PAR M. LE DOCTEUR P. GUERSANT, CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS.

Le fait suivant pourrait donner lieu à plus d'une considération ; nous nous en abstiendrons cependant pour aujourd'hui, laissant la parole à M. Guersant, à qui nous devons la communication de ce fait curieux, et à nos lecteurs la liberté de nous présenter à cette occasion toutes les réflexions qu'ils jugeraient utiles de livrer à la publicité dans un intérêt scientifique. Les détails que nous publions ont été exposés publiquement par M. Guersant à sa dernière leçon clinique.

« S'il est utile pour la chirurgie, dit M. Guersant, de publier les succès que nous obtenons, il est nécessaire aussi de publier nos revers dans l'intérêt de la science et surtout de l'humanité.

» Une petite fille qui portait une tumeur dans la grande lèvre gauche, et que nous avons opérée jeudi dernier, est morte. Cette enfant, âgée de onze ans, née de parents sains, était elle-même d'une assez bonne constitution, quoique petite pour son âge ; elle n'avait jamais eu de maladie grave. A un an, ses parents avaient remarqué qu'elle portait dans la grande lèvre une tumeur qui ne la faisait pas souffrir alors, mais qui, occasionnant de la douleur depuis dix-huit mois, forçait l'enfant à boiter.

» Rentrée à l'hôpital, nous constatâmes que cette enfant n'avait rien du côté du ventre et de la poitrine qui annonçât une mauvaise constitution. La tumeur qu'elle portait était très mobile, plus mobile que *ne l'est un kyste ;* elle allait facilement de l'anneau inguinal jusqu'au bas de la grande lèvre : on aurait dit un testicule roulant dans le scrotum. Cette tumeur avait le volume d'une petite noix, était douloureuse à la pression, fluctuante d'une manière obscure dans un point, dure dans sa partie déclive. L'anneau inguinal n'était pas dilaté ; l'enfant marchait avec peine, et éprouvait une douleur semblable à celle qu'on occasionne en pressant un testicule.

» Cette tumeur devait être congéniale, l'anneau inguinal étant normal, la tumeur fluctuante dans un point et surtout très mobile ; après trois semaines d'attente et d'examen journalier, le diagnostic fut qu'il y avait dans la grande lèvre une tumeur enkystée, et que la gêne et la claudication qu'elle causait nécessitaient l'opération. La ponction fut rejetée ; la tumeur étant très mobile, la fuite sous le trocart était à craindre. L'extirpation fut faite.

» Une incision est pratiquée à la partie moyenne de la grande lèvre, et, disséquant couche par couche, on rencontra une enveloppe celluleuse et séreuse à travers laquelle on put voir un corps semblable à un testicule; il tenait par un cordon qui venait de l'anneau inguinal : ce cordon fut lié et coupé au-dessus de la ligature. On reconnut alors un sac cel-

luleux et séreux, au centre duquel se trouvait une portion de trompe, puis l'ovaire, qui était un peu variqueux et un peu plus gros qu'à l'état normal.

» L'opération terminée, M. Guersant redoutait une péritonite : ses prévisions ne l'ont pas trompé ; dès le soir, une altération profonde de la face, de la fièvre, des vomissements, la petitesse du pouls, une tuméfaction considérable du ventre ne laissaient aucun doute sur une inflammation abdominale : un traitement actif, sangsues, onctions avec onguent napolitain, purgatifs, ne put empêcher ces accidents ; la malade mourut le troisième jour.

» L'autopsie a fait constater une péritonite, du pus dans le petit bassin, des fausses membranes dans les anses intestinales gauches, dans le voisinage de l'anneau, qui était fermé comme celui du côté opposé ; la trompe avait été liée à son extrémité ; la plaie avait pris une teinte grisâtre ; la matrice, un peu entraînée du côté gauche, n'était pas sortie du bassin ; l'ovaire du côté droit était plus volumineux que dans l'état normal ; la trompe du côté de l'opération était plus longue. Rien dans les autres organes ; un peu d'engouement aux deux poumons en arrière.

» Ce cas malheureux est utile à publier ; il est très rare et on en rencontre peu de semblables : on a souvent constaté des hernies de l'ovaire ; mais dans presque toutes les observations l'ovaire était rencontré dans l'anneau, et, s'il l'avait dépassé, ce n'était que de très peu. Dans le cas qui nous occupe, il faut noter la fluctuation et la mobilité : cette fluctuation n'était pas bien franche ; il existait un point dur et la mobilité était très grande. M. Guersant l'a comparée, et avec raison, à un testicule qui roule dans le scrotum.

» En admettant que la présence de l'ovaire eût été soupçonnée, aurions-nous dû opérer ? dit M. Guersant. Non, si la douleur était supportable ; dans le cas contraire, nous eussions agi comme nous l'avons fait ; cet ovaire, devenu douloureux, gênait la marche ; il aurait pu dégénérer et devenir inutile. Si, au milieu de l'opération, l'ovaire eût été reconnu, aurait-il fallu l'enlever ? Oui, il était descendu loin de l'anneau ; il était comme un testicule dans le scrotum ; l'anneau était resserré comme dans l'état normal. M. Guersant n'aurait pu penser à la réduction : il aurait fallu ouvrir le sac, et il y avait beaucoup de chances pour que ce dernier fût adhérent à la trompe ; si alors on eût voulu débrider le canal inguinal et refouler la trompe et l'ovaire, le chirurgien aurait cru courir plus de danger en agissant ainsi qu'en faisant la section de la trompe autour de laquelle on pouvait penser que la gaîne péritonéale était adhérente. »

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Recherches expérimentales sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction dans l'économie de différents agents thérapeuthiques.

PAR MM. AUG. DUMÉRIL, DEMARQUAY ET LECOINTE.

Troisième mémoire sur les sédatifs et sur les altérants.

Dans les deux premiers mémoires que nous avons présentés à l'Académie des Sciences, nous avons fait connaître l'action exercée sur la température animale par les médicaments dits excitants et par les évacuants, soit vomitifs, soit purgatifs. Nous avons l'honneur de lui soumettre aujourd'hui les résultats de nos recherches expérimentales relatives aux médicaments sédatifs et aux altérants.

1° SÉDATIFS (digitale et digitaline). — Ces substances, si bien étudiées dans leur action physiologique par MM. Bouchardat et Sandras, Homolle et Quévenne, Bouley et Reynal, ont été expérimentées par nous avec grand soin.

Quatre expériences ont été faites avec la digitaline, et cinq avec l'extrait de digitale, qui a été introduit dans l'estomac trois fois à la dose de 1 gramme et deux fois à celle de 4 grammes dissous dans 100 ou 50 gr. d'eau chauffée à 35°. Les doses de digitaline ont été 0,01, 0,02, 0,025, 0,05, unis à 50 gr. d'eau à 35° ; et dans ces expériences, comme dans toutes celles où il fallait empêcher le vomissement, la ligature de l'œsophage a été pratiquée.

Le résultat général et final a toujours été, si ce n'est une fois où les effets toxiques furent très prompts, une élévation de la température.

Dans une période de onze à douze heures, avec l'extrait de digitale, elle ne fut qu'une fois de 0°,7 seulement ; trois fois elle dépassa un peu 1° et atteignit même, dans une expérience, 1°,8.

Dans un cas cependant, avec 1 gr. et, dans un autre, avec 4 gr., elle avait été précédée d'un abaissement de 0°,5 et de 1°,4. Au bout de deux heures et demie environ, cette dépression avait cessé et l'on notait une augmentation de la chaleur.

Est-ce à l'action vomitive, presque constamment produite par cette substance quand elle vient d'être ingérée dans l'estomac, que ce refroidissement au début peut être attribué ? ou bien doit-il l'être à une influence directe qu'elle exercerait sur le cœur, fait sur lequel, au reste, nos observations relatives au pouls des animaux soumis aux expériences ne jettent pas encore une clarté suffisante ? Quoi qu'il en soit, il y a constamment, en dernière analyse, comme nous avons tenu à le constater cinq fois, une élévation de la température déterminée par un médicament destiné à ralentir la circulation.

L'identité de ces résultats avec ceux que la digitaline a fournis est frappante.

Tant qu'on ne dépasse pas 0,025, on voit cette substance, introduite dans l'estomac à cette dose et à celle de 0,05 et de 0,02, augmenter dès le début, puis d'une façon graduée pendant dix à douze heures, et sans refroidissement initial, la chaleur propre des animaux.

On a noté 1° dans l'expérimentation avec la quantité la plus faible, 1°,9 avec 0,025, et 2° avec 0,02. Aucun des chiens n'a succombé. Le quatrième, au contraire, est mort en une heure avec 0,05, dose énorme, en raison de l'extrême énergie du poison. Dans ce court espace de temps, le thermomètre a baissé de 1°,7.

Si nous laissons de côté cette intoxication, pendant laquelle le ralentissement du pouls a été considérable, nous voyons que la digitaline, dont les effets physiologiques ont le plus grand rapport avec ceux de la digitale, produit, comme cette dernière, un accroissement de température plus considérable même, en raison de la puissance de son action sur l'économie.

Plus tard, nous reviendrons sur ces faits, curieux au double point de vue de la thérapeutique et de la théorie relative à la production de la chaleur animale.

2° ALTÉRANTS. — (Iode, iodure de potasssium, acide arsénieux, deuto-chlorure et proto-chlorure de mercure.)

L'iode et l'iodure de potassium, dont l'usage en médecine est si fréquent et si précieux, ont été soumis par nous à une étude attentive et minutieuse.

Six expériences ont été faites avec l'iode, qu'on a chaque fois rendu soluble dans l'eau par l'addition indispensable d'une quantité d'iodure de potassium égale à la quantité d'iode employée. Aussi avons-nous dû, plus tard, administrer isolément la première substance, afin de démêler ce qui, dans nos résultats, devait être attribué soit à l'un, soit à l'autre de ces médicaments.

0,50 d'iode, introduits dans l'estomac avec 0,50 d'iodure et 50 gr. d'eau à 35°, ont, dans deux expériences successives,

amené une élévation de 1°,8 et de 1°,9. Une dose double a, dans un cas, déterminé d'abord une dépression de 0°,4, à laquelle a succédé, au bout des quatre premières heures, une élévation de 2°,2, qui, avec quelques oscillations, était encore, onze heures après, de 1°,1. Dans un second cas, l'abaissement a été beaucoup plus considérable, c'est-à-dire de 2°,1, et n'a pas été suivi d'une aussi forte réaction ; car treize heures après le début, le thermomètre, qui n'était remonté que lentement, était encore à 0°,3 au-dessous de son point de départ.

Cette action déprimante exercée par l'iode quand on élève les doses s'est manifestée d'une façon plus évidente à dose toxique, comme l'ont prouvé deux expériences, où 2 grammes d'iode ont été donnés avec 2 grammes d'iodure de potassium.

Dans la première, l'abaissement fut en une heure de 1°,1, et, après un retour momentané du thermomètre au chiffre initial qu'il dépassa même de 1°,4, le refroidissement reparut, et il était de 1°,4 au bout de neuf heures; il n'avait que faiblement diminué trois heures plus tard, c'est-à-dire après une période de douze heures. La mort, d'ailleurs, survint dans la nuit.

La seconde expérience a fourni des résultats encore plus tranchés, puisqu'en six heures il est survenu une diminution graduelle de 3°,8, qui n'a cessé qu'avec la vie ; en effet, neuf heures après l'introduction du médicament, l'animal, presque mourant, avait subi l'énorme abaissement de 7°,8.

Iodure de potassium. — Les doses ont été deux fois 1,15, et deux fois 4 et 60 (1).

Contrairement aux effets obtenus dans les expériences précédentes, cette substance, employée seule, a toujours élevé la température. Cette substance a été de 0°,6 et de 0°,7 avec les doses les plus faibles, et de 1°,1, puis de 1°,3 avec les plus fortes; mais elle a toujours été précédée, dans les deux ou trois premières heures, d'un faible abaissement de 0°,3 ou 0°,4, et qui, une fois seulement, a atteint 0°,8. La mort n'a été la conséquence d'aucun de ces essais.

Acide arsénieux. — Il a été introduit dans l'économie par deux voies bien différentes : par l'*estomac* et par le *tissu cellulaire*. Par la première, il a été administré cinq fois aux doses successivement croissantes de 0,05, 0,10, 0,15, 0,85 et 1 gr. Avec les deux doses les plus faibles, une élévation régulière a toujours été obtenue; elle a été, en cinq heures, de 0°,9 avec 0,05, et avec 0,10, de 2°,2 en sept heures. Avec 0,15, le thermomètre monte de 2°,4; mais il y a comme de l'hésitation dans les premières heures. Avec 0,85 la scène change; il descend de 0°,7 en deux heures et demie, et le refroidissement devient plus considérable encore avec 1 gr., car il est de 1°,5 en trois heures. La mort a été très prompte dans ces deux dernières expérimentations, confirmatives de celles dont l'un de nous (M. Demarquay) a fait connaître les résultats dans sa thèse inaugurale.

Les recherches expérimentales de M. Orfila ayant appris que l'intoxication a lieu quand l'acide arsénieux est introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané, nous avons voulu compléter nos observations sur la température animale par des essais du même genre, et les résultats qu'ils nous ont donnés sont identiques aux précédents ; car, tandis que le thermomètre avait monté de 1°,2 après l'introduction de 0,15 seulement de cette substance dans le tissu cellulaire de la région dorsale, il descendit de 2°,4 quand sa quantité fut portée à 0,30, ce qui, d'ailleurs, détermina de prompts accidents dont la mort fut la conséquence au bout de douze heures.

Mercuriaux. — 1° *Calomel.* — Deux expériences faites avec le chlorure de mercure semblent indiquer qu'il a pour effet général de déprimer la température ; car 1 gr. introduit dans l'estomac avec 50 gr. de mucilage à 35° a produit, en 45 minutes, un abaissement de 1°,7 ; mais la réaction vitale prenant le dessus, on trouve, au bout de deux heures et demie, 1° de plus qu'au début.

Avec 2 grammes, les phénomènes sont encore plus marqués. En trente minutes, en effet, le thermomètre baisse de 1°,5, et la réaction ne survenant qu'avec lenteur et incomplétement, la température est encore, à la quatorzième heure de l'expérience, à 0°,8 au-dessous du point de départ.

2° *Sublimé corrosif.* — L'action déprimante du deutochlorure est encore bien plus manifeste, comme l'ont prouvé trois expériences faites avec de faibles doses introduites dans l'estomac et successivement augmentées. Ainsi, 0,10 font éprouver à la chaleur animale une diminution de 2°,9 en une heure trois quarts; puis, cette diminution persistant, elle est de 7°,3 au bout de douze heures, et l'animal, qui est alors mourant, succombe dans la nuit. Avec 0,30, quoique les effets toxiques aient été également produits et suivis de la mort en treize heures, l'abaissement a été moins considérable; il a atteint, à la deuxième heure de l'expérience, sa limite la plus extrême, qui fut de 2°,1 ; et à partir de ce moment, il y eut une faible réaction; mais jusqu'aux derniers instants, la température resta au-dessous du chiffre primitif.

Le refroidissement enfin fut de 1°,4 en deux heures, lorsqu'on porta la dose à 0,50, et à la sixième heure, l'animal étant dans un état de prostration extrême, la température initiale était descendue de 5° (1).

Le sublimé corrosif, porté dans l'estomac, déprime donc évidemment la température; et si cette dépression a été surtout remarquable avec 0,10, c'est sans doute parce que, la vie s'étant prolongée davantage, les effets de cet agent toxique ont eu plus de temps pour se produire, et par suite, ont été plus complets.

Comme pour l'acide arsénieux, nous avons voulu comparer, à notre point de vue, les résultats précédents à ceux que pourrait amener l'introduction du sublimé corrosif dans le tissu cellulaire sous-cutané. Or, avec 0,30 dans un cas, après un abaissement insignifiant, ce fut, en définitive, une augmentation de 0°,9 qu'on obtint au bout de quinze heures; et dans un autre, à la quinzième heure, un abaissement de 0°,1 consécutivement à des oscillations pendant lesquelles le thermomètre était monté un moment de 1°,2.

L'élévation doit être sans doute attribuée à la réaction vitale, et non pas à l'action du médicament, qui avait été employé en trop petite quantité pour produire, dans une période de douze heures, des effets exactement comparables à ce qui avait été observé lors de l'introduction dans l'estomac. En effet, le second chien qui succomba, et chez lequel, par conséquent, l'absorption avait certainement eu lieu, le résultat final fut une très légère diminution de la chaleur.

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE.

Arnicine, nouvelle base organique extraite de l'arnica montana.

PAR M. WILLIAM BASTICK.

C'est en appliquant aux fleurs de l'*arnica montana* le pro-

(1) Ces quantités sont exactement correspondantes pour l'iode qu'elles contiennent à celles dont nous avons fait usage quand l'iode était uni à l'iodure de potassium. Ainsi 0,50 d'iode mélangés avec 0,50 d'iodure de potassium contiennent 0,88 d'iode, quantité que représente 1,15 d'iodure. 2 grammes de cette substance, unis à 2 grammes d'iodure, contiennent environ 3,60 représentés par 4,60 d'iodure de potassium.

(1) Dans un cas, avec 0,20, l'abaissement ne fut que de 0°,7, et fut suivi d'une élévation excessivement croissante, dont le maximum était, à la onzième heure de l'expérience, 2°,1. L'explication de ce résultat, différent de celui qui a été obtenu quand la dose n'était que de 0,10, se trouve peut-être, dans ce fait, révélé par l'autopsie de l'animal, mort dans la nuit, que l'estomac était rempli de matières alimentaires, ce qui avait dû presque annuler l'effet du médicament.

cédé que M. William Bastick avait employé pour extraire la lobeline du *lobelia inflata* que ce chimiste est parvenu à préparer l'arnicine. Cette substance possède une forte réaction alcaline; elle se combine avec les acides et forme une série de sels. Elle se décompose par l'action d'une haute température, et laisse un résidu charbonneux; elle n'est donc pas volatile. Quoiqu'elle n'ait pu encore être obtenue cristallisée en raison de la petite quantité qui s'est trouvée à la disposition de l'auteur, cependant tout fait croire à ce dernier qu'elle est susceptible de prendre une forme définie. Sa saveur est légèrement amère, sans âcreté; elle a l'odeur du castor. La teinture de noix de galle la précipite en flocons de la solution aqueuse de ses sels. Elle est légèrement soluble dans l'eau, beaucoup plus soluble dans l'alcool et dans l'éther. Les alcalis caustiques en opèrent la décomposition.

L'hydrochlorate d'arnicine, bien dépouillé de toute matière colorante au moyen du charbon animal, se présente sous la forme de cristaux transparents aciculaires et disposés en étoiles.

Les effets thérapeutiques de cette base restent encore à déterminer. Sans aucun doute cette substance n'a pas été examinée d'une manière complète; mais cette tâche ne peut être accomplie qu'en opérant sur une quantité de fleurs beaucoup plus grande que celle qui a servi à M. W. Bastick pour faire ses premiers essais.

(*Traduit de l'anglais par* E. Cottereau.)

Lobeline, nouvelle base organique extraite du lobelia inflata.

PAR LE MÊME.

L'examen le plus récent et le plus complet qui ait été fait du *lobelia inflata* a été publié en 1843 par Reinsch, qui trouva dans cette plante une substance qu'il appela lobeline, et qu'il supposa en être le principe actif; mais il ajouta qu'il ne l'avait pas obtenu dans son état de pureté, qu'il avait une réaction acide, qu'il était insoluble dans l'éther, et toutes les expériences qu'il tenta sur cette matière la lui firent considérer comme formée par l'union d'un acide organique avec une base.

C'est dans le but d'éclaircir ces faits que M. William Bastick a récemment entrepris des recherches chimiques tendant à isoler le principe actif en question, et ses efforts ayant été couronnés de succès, il fit connaître le procédé suivant comme étant le meilleur pour obtenir la lobeline :

On fait macérer pendant quarante-huit heures 2 livres de la plante dans un gallon d'alcool, auquel on a préalablement ajouté 3 onces d'acide sulfurique. Au bout de ce temps, on décante le liquide alcoolique et on le filtre; puis on le mêle, en agitant constamment, avec de la chaux caustique en poudre, jusqu'à ce que le liquide ait acquis une réaction alcaline. Alors on filtre de nouveau, et on sature la liqueur claire avec un léger excès d'acide sulfurique; puis, après avoir encore éclairci cette solution par le filtre, on l'évapore à une douce chaleur jusqu'au quart de son volume. A ce moment, on ajoute une petite quantité d'eau, et l'on continue à évaporer jusqu'à ce que toute trace d'alcool ait disparu; on jette le tout sur un filtre pour séparer la résine devenue insoluble du liquide, que l'on sature au moyen d'une solution concentrée de carbonate de potasse; il se forme alors un précipité que l'on sépare en filtrant le mélange. On ajoute un grand excès de carbonate de potasse au liquide filtré, puis on le traite successivement par de petites quantités d'éther, en agitant constamment et jusqu'à ce que ce dissolvant n'enlève plus rien. La lobeline se dépose alors par l'évaporation spontanée de la solution éthérée. Elle contient encore une matière colorante, dont on peut la purifier en la dissolvant dans l'alcool, agitant la solution avec du charbon animal jusqu'à ce qu'elle soit décolorée, la filtrant et la faisant évaporer dans le vide avec de l'acide sulfurique jusqu'à ce qu'elle ne perde plus de son poids. Ce procédé est, du reste, le même qui a été recommandé par Liebig pour l'obtention de l'hyoscyamine.

La lobeline paraît ressembler, par plusieurs de ses propriétés, à l'hyoscyamine, dont elle se distingue en ce qu'elle ne peut cristalliser. C'est une huile visqueuse, transparente, jouissant d'une forte réaction alcaline, possédant, lorsqu'elle est pure, l'odeur de la plante à un très faible degré, mais exaltant beaucoup cette odeur par l'addition de l'ammoniaque; son goût est piquant et analogue à celui du tabac. Prise en petite dose à l'intérieur, elle exerce sur l'économie animale la même action qu'une forte dose de la plante; c'est donc, sans aucun doute, un violent poison.

La lobeline est volatile; on ne peut l'évaporer entièrement sans l'altérer. Elle se dissout dans l'eau, l'alcool et l'éther; les alcalis caustiques la décomposent facilement, et c'est pour cette raison qu'on ne peut préparer la lobeline en suivant les méthodes ordinairement employées pour l'extraction des alcaloïdes non volatiles. L'action destructive qu'exercent sur elle les alcalis caustiques s'oppose à ce que l'on puisse la séparer par distillation de la conéine ou de la nicotine. Elle constitue évidemment le principe actif du *lobelia inflata*, et, quand on la soumet à la distillation avec de la potasse caustique, rien ne passe dans le récipient, si ce n'est un corps résinoïde et de l'ammoniaque résultant sans aucun doute de la décomposition de la lobeline, tandis que le résidu de la distillation n'offre aucun caractère marqué.

La lobeline neutralise les acides à la manière des bases puissantes. Elle est précipitée de sa solution par l'infusion de noix de galle, qui forme avec elle des flocons blancs. Elle est également précipitée dans la plupart des cas par l'ammoniaque de la solution aqueuse et concentrée de ses sels. Toutes ces combinaisons avec les acides minéraux sont solubles dans l'eau et dans l'alcool. Lorsque ses sels sont entièrement décolorés par le charbon animal, ils deviennent cristallisables. L'hydrochlorate de lobeline forme des cristaux bien définis, incolores, transparents et aciculaires; sous ce rapport, la lobeline diffère entièrement de la nicotine et de la conéine.

(*Idem.*)

Préparation de la colocynthine.

PAR LE MÊME.

On épuise par des quantités successives d'eau distillée froide la chair de coloquinte privée préalablement de ses semences jusqu'à ce qu'elle soit dépourvue de son amertume; on filtre la solution, on la porte au degré d'ébullition, et, pendant qu'elle est chaude, on y ajoute du biacétate de plomb jusqu'à ce qu'il ne se forme plus de précipité. Lorsque la liqueur est froide, on filtre, et on ajoute peu à peu au liquide clair de l'acide sulfurique dilué tant qu'il se forme du précipité; on fait bouillir de nouveau pour le priver de l'acide acétique libre, et on filtre pour séparer le sulfate de plomb. Par ce procédé, toutes les matières organiques, sauf la colocynthine, sont éliminées. On évapore doucement le liquide presque à siccité, et on en retire la colocynthine à l'aide de l'alcool très concentré; celui-ci laissera précipiter les sels insolubles, tels que les sulfates. Enfin, pour obtenir la colocynthine pure, on n'a qu'à faire évaporer la solution alcoolique.

Ce procédé est plus complexe que ceux recommandés par Vauquelin et par Braconnot; cependant il est facile à exécuter. La colocynthine se dissout dans l'acide sulfurique concentré, mais il est à supposer qu'elle se décompose en même temps. La solution est d'un brun foncé, et, lorsqu'on l'étend d'eau, il se forme un précipité de nature charbonneuse. Cet acide paraît priver la colocynthine de ses éléments d'eau.

L'acide nitrique agit sur la colocynthine comme sur les résines. Elle se dissout facilement dans cet acide froid d'une densité de 1,150, et il se développe après quelques instants une réaction violente accompagnée d'un abondant dégagement de chaleur et de vapeurs d'acide nitreux, ce qui montre que le corps ainsi traité s'oxyde.

En ajoutant une petite quantité d'eau à la solution acide, il se forme un précipité volumineux, qui se dissout par l'addition d'une plus grande quantité d'eau. Ce précipité, séparé du liquide par le filtre et lavé avec de l'eau à 0° pour enlever l'excès de l'acide nitrique, présente le caractère d'un acide faible (acide colocynthique). Ce corps paraît être le seul produit de l'oxydation de la colocynthine ainsi traitée, quoique sans aucun doute d'autres substances se forment en continuant le procédé d'oxydation par l'application de la chaleur. Cet acide est d'un jaune pâle et d'une saveur amère, mais beaucoup moindre que celle de la colocynthine. Il est inflammable, mais non explosif. Il est soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, et se sépare de ses solutions par l'évaporation sous une forme amorphe. Il produit avec l'ammoniaque, la potasse et la soude des composés solubles d'une couleur brun-rougeâtre, mais non cristallisés. Il se combine avec les terres et les oxydes métalliques en formant des composés insolubles ou à peine solubles.

M. Grégory avait avancé que la colocynthine n'était préalablement qu'un mélange de divers corps organiques ; mais les expériences faites par M. Bastick sur les propriétés de cette substance et indiquées ci-dessus ne lui permettent pas de partager cette opinion. (*Idem.*)

De l'emploi du goudron dans une maladie de la peau.

PAR M. CAZENAVE, MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Connu depuis longtemps et recommandé à l'intérieur contre les maladies les plus graves de la peau, et notamment contre l'ichthyose, le goudron a été remis en honneur dans ces dernières années et employé avec succès contre plusieurs affections chroniques, et principalement contre les affections squameuses. Il est presque exclusivement employé comme topique; cependant, je l'ai quelquefois administré à l'intérieur, surtout contre le lichen et quelques cas légers de psoriasis. Je me sers exclusivement des deux formules suivantes :

Eau de goudron.

Goudron.	200 grammes.
Eau commune.	1 litre.

F. macérer plusieurs jours.

Un demi-verre d'abord, et, plus tard, un verre deux fois par jour.

Pilules de goudron.

Goudron.	2 grammes.
Poudre de réglisse.	1 —

F. s. a. 40 pilules.

De une à trois, trois fois par jour.

C'est principalement à l'extérieur que le goudron est employé tous les jours avec un avantage réel, quelquefois en lotions, mais le plus souvent sous forme de pommade; j'y ai eu fréquemment recours contre le prurigo, le lichen, le porrigo, l'acné, le sycosis, et surtout le psoriasis et la lèpre vulgaire. C'est contre ces dernières affections que notre collègue M. le docteur Emery l'a préconisé.

Pommade au goudron.

Goudron.	de 4 à 10 grammes.
Axonge.	30 —

M.

En frictions sur les plaques malades.

Cette pommade, en général peu irritante, peut être employée largement.

On a souvent associé au goudron d'autres agents thérapeutiques, suivant les indications que l'on voulait remplir. Ainsi, on l'a associé au soufre, au camphre, au laudanum. J'emploie souvent, et avec succès, une pommade dans laquelle il est associé à l'onguent citrin.

Onguent citrin. . . .	à parties égales.
Goudron.	
Axonge.	

M.

Pour frictions sur les plaques squameuses. Cette pommade doit être employée moins largement que la précédente.

Pommade au goudron du docteur Emery.

Goudron.	2 grammes.
Cérat.	15 —
Axonge.	15 —
Eau de Cologne.	1 —

M.

En frictions matin et soir contre le psoriasis.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 *mai* 1851. — Présidence de M. ORFILA.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Étranglement par l'appendice iléo-cœcal.

M. Coze (de Saint-Omer) adresse l'observation suivante :

M. Charles Wantier, âgé de dix-sept ans et demi, élève au pensionnat de Dohen, est mort le 16 juillet 1846 des suites d'un étranglement interne après avoir souffert les douleurs les plus violentes.

Le 17 juillet, vingt-quatre heures après la mort, ayant obtenu l'autorisation de la famille, j'ai pratiqué l'autopsie en présence de M. Vanderkirur et de M. Javenin, officier de santé attaché à la maison.

Aspect extérieur. — L'abdomen était très dilaté, ballonné, la peau noirâtre. Cette teinte foncée se remarquait jusqu'aux ongles des pieds et des mains.

Intérieurement. — Ayant pratiqué une incision cruciale à l'abdomen, les intestins en sont sortis; ils étaient très dilatés par des gaz et de couleur lie de vin; l'intestin grêle renfermait en outre des liquides, et çà et là quelques noyaux de cerises. L'estomac renfermait aussi beaucoup de liquide et des gaz.

Après l'examen général des intestins, nous avons été surpris de trouver un paquet d'intestin grêle formant ensemble une longueur de 60 à 80 centimètres entièrement noir, tandis que le reste était couleur de lie de vin. Cet aspect nous a fait supposer l'existence d'un étranglement que nous avons reconnu dépendre de l'appendice vermiforme qui avait entouré le paquet intestinal, et tenait renfermée dans un véritable anneau une anse d'intestin iléon formée par une courbe repliée un peu au-dessus de son insertion au cœcum, et retenue très fortement serrée par l'appendice iléo-cœcal, dont le bout libre était très adhérent à la partie postérieure du cœcum, c'est-à-dire au côté opposé à son insertion naturelle. Cet anneau était tellement serré, qu'on y passait le doigt avec peine, qu'il m'a été impossible de rompre l'adhérence avec le doigt, et que j'ai dû couper ce cordon pour mettre les intestins en liberté, et me convaincre par là que la partie étranglée et sphacélée pouvait être de 60 à 80 centimètres. Le péritoine n'était pas malade.

Cette adhérence de l'appendice iléo-cœcal était sans doute fort ancienne; elle pouvait remonter à l'année 1841, époque à laquelle ce jeune homme avait été attaqué d'une péritonite compliquée d'entérite, que son médecin ordinaire nous a dit avoir été d'une gravité peu commune. Depuis lors ce jeune homme, après une convalescence très longue, s'était assez bien porté. Cependant il éprouvait de loin en loin de la gêne dans l'abdomen et quelquefois des coliques. Depuis quelques mois, sans être malade, il était souvent triste, mélancolique; il avait le teint bilieux.

Il n'est pas douteux que l'indigestion provoquée par une assez grande quantité de cerises, que le jeune écolier avait mangées

clandestinement avec les noyaux, n'ait provoqué les accidents terribles accompagnés de vomissements des matières fécales, qui ont duré pendant huit jours. Evidemment la cause véritable de la mort est l'étranglement interne peu ordinaire, formé par l'appendice iléo-cœcal, qu'aucune médication n'aurait pu faire disparaître. Mortier a décrit avec soin un semblable étranglement.

Un traitement antiphlogistique énergique (saignées, sangsues, cataplasmes, bains, etc.) a été employé dès les premières heures de la maladie. Les trois médecins qui ont vu le malade ont reconnu que les accidents provenaient d'un étranglement ou obstacle interne du tube intestinal sans pouvoir en déterminer la nature. Cependant, d'après les symptômes et l'endroit des douleurs, on a pu soupçonner que le siége de l'étranglement était vers la région cœcale. Nous pensions même que beaucoup de noyaux de cerises s'étaient arrêtés à la valvule iléo-cœcale et fermaient le passage, tandis qu'il ne s'en est trouvé que quelques-uns à cet endroit.

Remarques. — M. Parise pense que la gastrotomie pourrait être pratiquée dans quelques circonstances. Je pense que les signes d'un étranglement simple sans de trop grandes complications sont trop peu certains pour se permettre une semblable opération, surtout dans la pratique civile. Je crois bien que, si notre malade avait pu être opéré dans les trois ou quatre premiers jours, on aurait pu le sauver. Mais rien ne nous faisait pressentir la nature de l'étranglement. En effet, nous étions plus porté à soupçonner un obstacle interne, que nous n'aurions pu vaincre même en faisant une opération incertaine dans ses suites, qui aurait certainement été repoussée par les parents. Il faut le dire, dans la pratique civile on est souvent obligé et forcé de rester simple spectateur d'accidents formidables qu'on pourrait quelquefois vaincre dans les hôpitaux en risquant des opérations.

RAPPORTS.

Compression de l'aorte.

M. Villeneuve lit un rapport sur un mémoire de M. Chailly, relatif à la compression de l'aorte, dans lequel il n'y a aucune vue nouvelle.

Discussion sur le choléra des poules.

M. Delafond lit une longue dissertation sur le choléra des poules ; l'étendue de ce travail nous empêche de l'insérer ici.

Après une assez longue discussion entre MM. Renault et Delafond sur quelques points de dissidence, la séance est levée à 5 heures.

Séance du 20 *mai* 1851. — Présidence de M. Orfila.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Préparations arsenicales.

M. Limousin, de Bergerac, adresse les observations de deux cas d'œdème de la face développés à la suite de l'administration de préparations arsenicales.

Insuffisance aortique.

M. Girard, de Marseille, adresse un mémoire sur l'insuffisance aortique.

Mal de mer.

M. Yvonneau, de Blois, adresse une note sur le traitement du mal de mer et des vomissements par des *capsules* contenant une goutte de chloroforme. Six à huit de ces capsules, ingérées au moment où on sent le mal au cœur se développer, suffisent pour le prévenir ou pour le faire cesser quand il existe déjà. M. Yvonneau a expérimenté avec succès sur lui et sur deux voyageurs.

Compression de l'aorte.

M. Plouviez, de Lille, adresse une note sur l'emploi et l'utilité de la compression abdominale dans les cas d'hémorrhagie utérine.

Huile de foie de morue.

M. Loze adresse une note sur l'emploi de l'huile de foie de morue en *émulsion simple* ou associée à l'*albumine*. Par ce moyen elle est plus digestive et plus facile à prendre.

Engorgement de la rate.

M. Durand, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou, annonce à l'Académie qu'il a dans son service un malade ayant une rate considérablement hypertrophiée, et qui n'a jamais éprouvé le moindre symptôme intermittent.

Nicotine.

M. Orfila dépose un paquet cacheté sur l'empoisonnement par la nicotine.

RAPPORTS.

Lèpre des Grecs.

M. Gibert lit un rapport sur le traitement de cette maladie. (*Voir* page 170.)

Pathogénie philosophique.

M. Collineau lit un rapport sur un mémoire de M. Grimaud, portant le titre indiqué ci-dessus. (Remercîments à l'auteur. — Adopté.)

Phthisie.

M. Louis lit une note sur un mémoire de M. Rufz, relatif à l'étude de la phthisie dans les Antilles. Ce mémoire doit être inséré parmi ceux de l'Académie.

LECTURES.

Convulsion spasmodique de la glotte.

M. le docteur Rendu lit l'analyse d'un mémoire qu'il a déposé sur le bureau, et qui est relatif à une maladie convulsive de la glotte particulière à la première enfance. Ce mémoire renferme six observations.

Choléra des poules.

M. Delafond lit une nouvelle dissertation et un nouveau compte-rendu d'expériences sur l'épidémie des oiseaux de basse-cour. Après quelques remarques de M. Renault, la séance est levée.

Séance du 27 *mai* 1851. — Présidence de M. Louis.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle comprend :

Un rapport rédigé par M. le docteur Gaudet, médecin inspecteur des bains de mer de Dieppe, et contenant des observations sur les malades qui ont fréquenté ces bains pendant l'année 1849 (même commission) ;

Une notice rédigée par M. le docteur Bassereau sur les eaux minérales de la Moldavie (*id*).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Médication émolliente.

M. Delioux, professeur de matière médicale à l'école de médecine navale de Rochefort, adresse un mémoire intitulé : *Examen critique de la médication émolliente.* (Commissaires, MM. Bricheteau et Bouchardat.)

Paquet cacheté.

L'Académie ayant reçu un paquet cacheté sans nom d'auteur, le bureau propose de n'en point accepter le dépôt. (Adopté.)

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. Caventou lit, au nom de la commission des eaux minérales, et pour M. O. Henry, absent, les rapports sur les eaux minérales dont les noms suivent :

1° Sur l'eau ferrugineuse naturelle d'Auteuil. Cette eau a, par sa composition chimique, des rapports avec celle des eaux de Passy situées dans le voisinage, et paraît avoir la même origine. Le principe ferrugineux, d'après M. le rapporteur, s'y trouverait à l'état de sel double alumineux (sulfate alumino-ferreux). M. le rapporteur est d'avis que, en raison de la nature et des proportions des principes que renferme l'eau ferrugineuse d'Auteuil, qu'il désigne sous le nom d'eau *alumino-ferreuse sulfatée*, il y a lieu d'en autoriser l'exploitation. (Adopté.)

2° Sur l'eau sulfureuse des Batignolles, près Paris. — Conclusions favorables.

Une discussion s'élevant à ce sujet, vu l'absence du rapporteur, le vote de conclusion est ajourné.

3° Sur les eaux minérales thermales de Viterbe (Etats romains). Les résultats de l'analyse faite par les membres de la commission sur les échantillons envoyés à l'Académie étant complétement différents de ceux annoncés dans le mémoire qui est le sujet de ce rapport, la commission conclut en engageant le ministre de la

guerre à faire demander de nouvelles analyses et de nouveaux échantillons aux chimistes placés près des sources dont M. le ministre désire connaître la composition. (Adopté.)

4° Sur une eau minérale ferrugineuse découverte à Mâcon (Saône-et-Loire).

L'eau minérale découverte à Mâcon appartient au groupe des eaux ferrugineuses; mais son degré de minéralisation est très faible. La commission propose d'attendre, pour accorder l'autorisation d'exploiter cette eau, que des preuves positives aient démontré l'efficacité qu'on lui attribue. (Adopté.)

COMMUNICATIONS.

Peste.

M. Clot-Bey demande la parole et se livre à une longue improvisation dans laquelle il cherche à démontrer que la peste est une épidémie, et que, comme toutes les épidémies, elle dépend de causes générales absolument inconnues, dont il nous est par conséquent impossible de prévenir l'action. Aussi, considère-t-il comme absolument inutiles les quarantaines, les précautions de propreté, etc. Il cite des exemples où des matières putréfiées en quantité immense ont pu se trouver près des habitations et les infecter sans que la peste se soit développée.

A la suite de ce discours, une courte discussion s'engage entre l'orateur et MM. Londe, Bégin et Renault, et l'on convient que M. Clot-Bey présentera ses réflexions par écrit dans une prochaine séance.

Ablation de la mâchoire.

M. Huguier présente une jeune fille sur laquelle il a enlevé la moitié de la mâchoire inférieure à l'aide d'une simple incision horizontale. Ce procédé lui semble devoir fournir un résultat plus satisfaisant que celui qui est généralement conseillé; et, en effet, la jeune fille que présente M. Huguier n'offre que très peu de difformité, et n'a point, en particulier, de paralysie du nerf facial.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 *mai* 1851. — Présidence de M. Rayer.

Note sur les corps étrangers dans les voies aériennes.

M. Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu, lit un mémoire sur les corps étrangers dans les voies aériennes, mémoire qu'il résume dans les conclusions suivantes:

1° Que les corps étrangers tendent à se loger de préférence dans le poumon droit, précisément à cause de la direction de la bronche du même côté et de ses dimensions;

2° Qu'ils pénètrent dans les voies aériennes pendant que les cordes vocales ont subi le plus grand écartement possible, lorsque, par exemple, une colonne d'air forte se précipite dans la trachée, ainsi que cela a lieu pendant les inspirations et expirations fréquentes, comme dans l'action de rire;

3° Qu'ils traversent l'ouverture supérieure du larynx sans relever l'épiglotte, qui n'est jamais abaissée sur elle, ainsi qu'on l'a prétendu;

4° Que l'épiglotte est toujours relevée en vertu de l'élasticité qui lui est propre;

5° Que ce dernier organe paraît servir principalement à diriger, en formant une sorte de gouttière, certains liquides et certains solides pendant l'acte complexe de la déglutition;

6° Que les corps étrangers parcourent rapidement les voies aériennes en raison des lois de la pesanteur, de l'impulsion de la colonne d'air et de leur nature;

7° Qu'ils ne sont que momentanément arrêtés dans un point de la longueur du conduit aérien; qu'ils peuvent, en conséquence, se mobiliser, changer de place, jusqu'à ce qu'ils aient déterminé un travail inflammatoire qui leur permette de se creuser une loge dans laquelle ils séjournent;

8° Quand toutes leurs dimensions ne sont pas égales, ils s'arrêtent à une division ou une subdivision des bronches en se plaçant obliquement, et ils affectent la direction du tube aérien quand ils remplissent une ouverture normale;

9° Qu'ils gênent plus ou moins la respiration, l'oxygénation; qu'ils déterminent de la toux, souvent intermittente, quelquefois continue; qu'ils provoquent de la douleur et une sensation fixe qui indique leur siége;

10° Qu'un bruit particulier est déterminé par leur présence;

11° Que la sécrétion bronchique est toujours augmentée, muqueuse et même sanguinolente;

12° Que le côté opposé au corps étranger fournit « une respiration plus forte et un murmure vésiculaire plus étendu » que dans le poumon où il séjourne;

13° Que les corps étrangers peuvent déterminer une asphyxie lente ou rapide, de la suppuration, de l'emphysème, etc...;

14° Que les corps étrangers qui ont plus de 4 lignes dans tous les sens ne laissent aucun espoir d'être expulsés par les seuls efforts de la nature, attendu qu'ils surpassent alors par leurs dimensions le plus petit diamètre de la glotte;

15° Qu'ils n'ont été expulsés spontanément de la trachée de l'homme que lorsqu'ils étaient petits;

16° Que chez les chiens, au contraire, chez lesquels la glotte est de niveau avec l'ouverture supérieure du larynx, l'expulsion des corps étrangers se fait facilement, en raison de la dilatabilité de cette ouverture et de ses dimensions, qui sont considérables dans tous les sens;

17° Que, sur le cadavre, les corps étrangers ont de la peine à franchir la glotte, lors même qu'on les pousse avec un soufflet qui fournit une colonne d'air considérable;

18° Que, sur le vivant, les corps étrangers ont non-seulement à vaincre cette résistance passive, mais encore celle très active des muscles constricteurs de la glotte;

19° Qu'il ne faut donc compter sur l'expulsion que de très petits corps étrangers chez l'homme, et que l'on ne peut rien espérer des efforts de la nature lorsqu'ils ont un certain volume;

20° Que l'opération de la trachéotomie devient indispensable à peu près dans tous les cas d'introduction de corps étrangers, et que ce n'est qu'exceptionnellement que l'on peut s'en dispenser;

21° Que l'opération doit être faite le plus tôt possible, afin d'éviter l'inflammation, tout travail local, et l'asphyxie lente ou rapide;

22° Que l'ouverture des voies aériennes est une opération délicate qui doit être faite par une « division successive de tous les tissus et non par une incision qui comprendrait à la fois une grande partie ou la totalité des parties molles de la région : c'est le moyen de prévenir l'hémorrhagie, l'introduction de l'air dans les veines, la lésion du corps thyroïde, etc...; »

23° Que ce conduit doit être aussi largement ouvert que possible, afin que les corps étrangers puissent s'en échapper facilement;

24° Que l'on n'est certain de la division de la trachée que lorsque l'air s'en échappe en produisant un bruit particulier facile à reconnaître pour l'homme habitué à ces sortes d'opérations. Nous insistons à dessein sur ce phénomène auquel Dupuytren n'avait pas assez attaché d'importance, puisque, au rapport de MM. Marx et Brierre de Boismont, cet habile chirurgien n'avait encore pénétré que dans cette espèce de creux qui est situé au-dessus du sternum, et cependant, il croyait être parvenu dans le conduit de l'air;

25° Que lorsque le corps étranger ne s'échappe pas par l'ouverture au moment de l'opération, il convient d'attendre, et d'exciter la sensibilité trachéale par l'introduction d'un corps mousse de manière à provoquer la toux et les efforts d'expulsion;

26° Que la trachée doit être plus largement ouverte lorsqu'un corps susceptible de se gonfler par l'humidité est déjà renfermé dans ce conduit depuis quelque temps;

27° Que la réunion des lèvres de la plaie peut être obtenue par première ou par seconde intention;

28° Que la réunion par seconde intention s'obtient par bourgeonnement, ce qui exige un temps toujours assez long pour obtenir une guérison complète;

29° Que la réunion par première intention peut être obtenue par la simple compression ou par la suture entrecoupée. Ce dernier mode de réunion me semble d'autant plus militer en faveur de la réunion immédiate que les expériences faites sur les animaux m'en ont démontré la possibilité;

30° Que la réunion immédiate peut être obtenue par la suture entrecoupée qui ne comprend que la lame dartoïde qui entoure la trachée;

31° Que l'agglutination peut être obtenue par un autre *modus faciendi* qui consiste à traverser en partie ou en totalité l'épaisseur des parois de la trachée, en laissant pendre les fils à l'extérieur;

32° Que les fils tombent du quatrième au treizième jour;

33° Qu'un produit plastique sert de moyen d'union entre les lèvres de la plaie;

34° Que la cicatrisation ne se fait que par un produit intermédiaire et non par la fusion directe des lèvres de la trachée;

35° Que la suture qui comprend l'épaisseur des parois de la trachée expose à un travail inflammatoire à l'intérieur et à l'extérieur de ce conduit, à des trajets organisés et à des abcès enkystés;

36° Que la suture qui ne s'exerce que sur l'enveloppe ou une partie de l'épaisseur de la trachée ne détermine qu'une inflammation plastique et est préférable à celle qui serre les parois cartilagineuses du conduit.

L'observation qui est rapportée à la fin de ce mémoire vérifie plusieurs des points exposés dans ces propositions; ainsi l'on peut y voir que le corps étranger s'était logé à droite, déterminait une toux violente, un bruit particulier, un murmure respiratoire moins fort du côté où il se trouvait, etc., etc.

Le manuel opératoire que M. Jobert a employé dans cette circonstance montre, dit-il, qu'il peut exister des anomalies artérielles et veineuses considérables, etc., etc.

Avantages de la compression de l'aorte abdominale sur la transfusion dans les hémorrhagies utérines.

M. le docteur Duhamel adresse une observation dans laquelle la compression de l'aorte a arrêté une hémorrhagie grave.

— M. Alhiet, ancien préparateur d'anatomie pathologique au Val-de-Grâce, communique des expériences qui viennent confirmer la loi formulée par M. Marchal (de Calvi), savoir : que l'agitation du sang hors des veines a pour effet de diminuer la fibrine.

Séance du 19 *mai* 1851. — Présidence de M. Rayer.

Procédé de conservation des substances alimentaires végétales.

M. Morin lit au nom d'une commission composée de MM. Richard, Payen, Robinet, Morin (rapporteur), un rapport sur les procédés de conservation des substances alimentaires végétales de M. Masson, jardinier en chef de la Société centrale d'horticulture.

Il propose 1° d'accorder l'approbation de l'Académie au mémoire de M. Masson; 2° d'envoyer un exemplaire de ce rapport aux ministres de la marine et de la guerre. (Adopté.)

Conservation et reproduction des sangsues officinales et médicinales.

M. Fermond adresse sur ce sujet un mémoire dont l'objet est de faire connaître les conditions de bonne conservation et de développement des sangsues. Ce mémoire est divisé en quatre parties, comprenant la conservation des sangsues, leur reproduction, leur nourriture et leur âge. Nous en extrayons quelques-unes des principales considérations relatives à la conservation des sangsues, à leur reproduction et à leur nourriture. L'exposition des bassins est un des points les plus importants de la conservation et du développement des sangsues; ils doivent être exposés au midi et garantis des vents du nord et du nord-est par un mur ou tout au moins une forte palissade, et de la chaleur trop vive de l'été par l'ombre de quelques arbres. Les bassins peuvent être doublés en plomb laminé, qui n'est point nuisible aux sangsues, et qui a l'avantage de s'opposer à leur perte. L'eau de Seine est préférable pour la conservation des sangsues à l'eau du canal de l'Ourcq, et celle-ci préférable à l'eau de puits. Le niveau de l'eau dans les bassins doit être constant, afin d'assurer la conservation des œufs jusqu'à leur entière éclosion. L'eau ne doit pas être renouvelée, mais seulement remplacée à mesure que l'évaporation spontanée en abaisse le niveau.

Parmi les végétaux qui doivent croître dans le bassin, l'auteur signale particulièrement les mousses d'eau (*typha latifolia et angustifolia*), l'iris jaune des marais, les diverses charagnes. En général, plus on multiplie dans les bassins le nombre des plantes, plus on est assuré d'y attirer des insectes divers dont les larves sont autant d'éléments de nourriture pour les sangsues; mais aussi plus il y a de chances pour que l'on y introduise des larves qui, à leur tour, pourraient attaquer les sangsues. Voilà pourquoi l'auteur indique particulièrement les végétaux qui paraissent convenir aux bassins à sangsues.

Vers les mois de novembre ou décembre, selon l'état de la saison, les bassins doivent être couverts d'une bonne couche de paille que l'on ne retire que dans les premiers jours d'avril.

Les sangsues se reproduisent, suivant les circonstances, par cocons ou par œufs composés, analogues à ceux des naïades, des biphores, des pyrosonus, etc. Quand l'exposition est convenable, quarante jours suffisent pour l'éclosion des œufs; le soleil active cette éclosion, l'ombre et l'obscurité la retardent ou même l'empêchent tout à fait.

Les jeunes sangsues se nourrissent tout d'abord de matières muqueuses que l'on trouve à la surface des feuilles en voie de décomposition et de celles qui recouvrent les filaments de certaines conserves très abondantes dans les eaux stagnantes. Plus tard, quand leurs dents ont pris assez de force, elles attaquent certaines larves aquatiques d'insectes dont elles peuvent alors percer la peau, et se nourrissent de leurs sucs. L'auteur pense même qu'elles ingèrent des animaux entiers, tels que certaines monodaires ou autres infusoires. (Commissaires : MM. Valenciennes, Milne-Edwards, Bussy.)

NOUVELLES ET VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La Société médico-pratique de Paris met au concours la question suivante : « De l'huile de foie de morue et de son usage en » médecine. » — Prix: une médaille de la valeur de 300 francs. — Le travail couronné aura droit à l'impression dans le Bulletin de la Société, et 100 exemplaires tirés à part seront offerts à l'auteur. — Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, doivent être envoyés rue Lobau, n° 1, avant le 1er mars 1852.

— *Nomination du professeur d'histoire naturelle à la Faculté de Montpellier.* — A la suite du concours pour la chaire de botanique, vacante à la Faculté de médecine de Montpellier par le décès de M. R. Delille, M. Ch. Martins, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a été nommé le 13 mai professeur à la majorité de 6 voix sur 9.

Sans vouloir apprécier ici le mérite des compétiteurs de M. Martins, dont il ne nous a pas été donné d'entendre les épreuves, nous ne pouvons qu'applaudir au succès de ce savant à la fois botaniste et médecin distingué.

— Le ministre de l'intérieur, sur le rapport du préfet de l'Indre, vient d'accorder sur les fonds, dont il dispose, une somme de 2,000 fr. pour être employée à l'acquisition de sulfate de quinine destiné aux populations pauvres de la Brenne, atteintes de fièvres fort dangereuses, et qui reparaissent chaque année dans quelques parties de ce département. Cette somme viendra s'ajouter à celle de 1,000 fr. votée pour le même objet par le conseil général de l'Indre dans sa dernière session.

— On écrit de Pézénas (Hérault), le 16 mai :

« L'épidémie de suette miliaire cause une grande panique à Pézénas; l'exaltation de la peur est à son comble, et la désertion complète de la part des habitants qui ont le moyen de voyager. Il y a beaucoup de mal sans doute, mais encore plus d'irréflexion et de peur. On cite cependant quelques-uns de ces hommes d'élite, au cœur généreux, qui trouvent tout naturel d'oublier le danger pour eux-mêmes, alors qu'ils se sacrifient pour en affranchir les autres.

» Les secours s'organisent sur une échelle aussi large que pourrait l'exiger le développement du fléau. Deux associations de bienfaisance existent : l'une d'elles était présidée par le digne négociant L. Delmas, qui a eu le mérite de l'organisation, et qui, l'une des premières victimes de l'épidémie, a été aujourd'hui même accompagné au champ du repos par toute la population en pleurs.

» Les médecins sont arrivés de Montpellier; le dévouement de ceux de la localité trouvera en eux des émules, des soutiens: ils sont là au poste d'honneur. »

Depuis le 16 mai nous avons reçu plusieurs communications du département de l'Hérault, et toutes s'accordent à dépeindre l'épidémie comme à peu près terminée, mais non sans avoir fait un trop grand nombre de victimes.

Lasourd.

Paris. — Typographie Plon frères, rue de Vaugirard, 36.